

# **INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 4 DE JUNIO**

**Del 23 al 26 de  
Junio 2020**



## 1. REUNION COPASST JUNIO SEMANA 4 Del 23 AL 26 DE JUNIO 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 012 de Junio 2020 Semana 4

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

<b>ACTA N° 012 DE 2020</b>					
<b>REUNION EXTRAORDINARIA</b>					
<b>DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN</b>					
<b>COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:</b>		<b>COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST</b>			
<b>LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE</b>					
<b>FECHA:</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AA</b>	<b>HORA INICIO</b>	<b>HORA FINALIZACION</b>
	25	06	2020	09:00 A.M.	10:00A.M
<b>MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO</b>					

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

<b>PARTICIPANTES ( REGISTRE LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN INVITADAS A LA REUNION, ESPECIFICANDO EL CARGO)</b>	
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	



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

### 1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)

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

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

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

### 2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR

La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #010 de junio de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.

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

#### COMPROMISOS

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



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

protocolos de bioseguridad e inspecciones de seguridad						
Adjuntar en informe semana 2 Junio 2020 soporte de envío a secretaria de salud de plan de contingencia para COVID-19	Analistas SST Meta y Yopal	12/06/2020	Jersalud Casanare y Meta	Informe bioseguridad semana 2 de junio	100%	
Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud de COVID - 19	Asesor ARL Jefes administrativa y de talento humano	18/06/2020	Jersalud Nacional	Formato acta de reunión F (GC) 002 18/06/2020	0%	

#### 4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

4.1 En atención los comunicados 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



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

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

*SI*

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

*SI*

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

*SI*

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

*SI*

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

*SI*

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

*SI*



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

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

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



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

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

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

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

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

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

**6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES**

TEMA	RESPONSABLE	FECHA

**PARTICIPANTES**

NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		

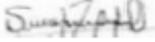
Es opcional el anexo del listado de asistencia (F(GI)012 Formato de registro de Asistencia) este será equivalente a la firma de los participantes.



1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Junio Semana 4  
 1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá

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

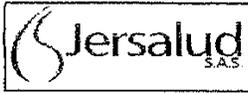
SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 012 de 2020					
FECHA: 25/06/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 10:00a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admin y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24219746	Sonia Yaneth Ruiz García	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910332



1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

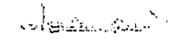
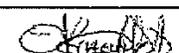
**INFORMACIÓN DE GENERAL**

TIPO DE REUNIÓN: Comité

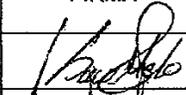
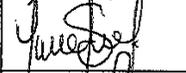
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 012 de 2020

FECHA: 25/06/2020      HORA DE INICIO: 09:00 a.m      HORA DE FINALIZACIÓN: 10:00a.m

LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare

EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa	FIRMA:	
	Karen Emilia Melo		

**REGISTRO**

Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121926625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

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



1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva

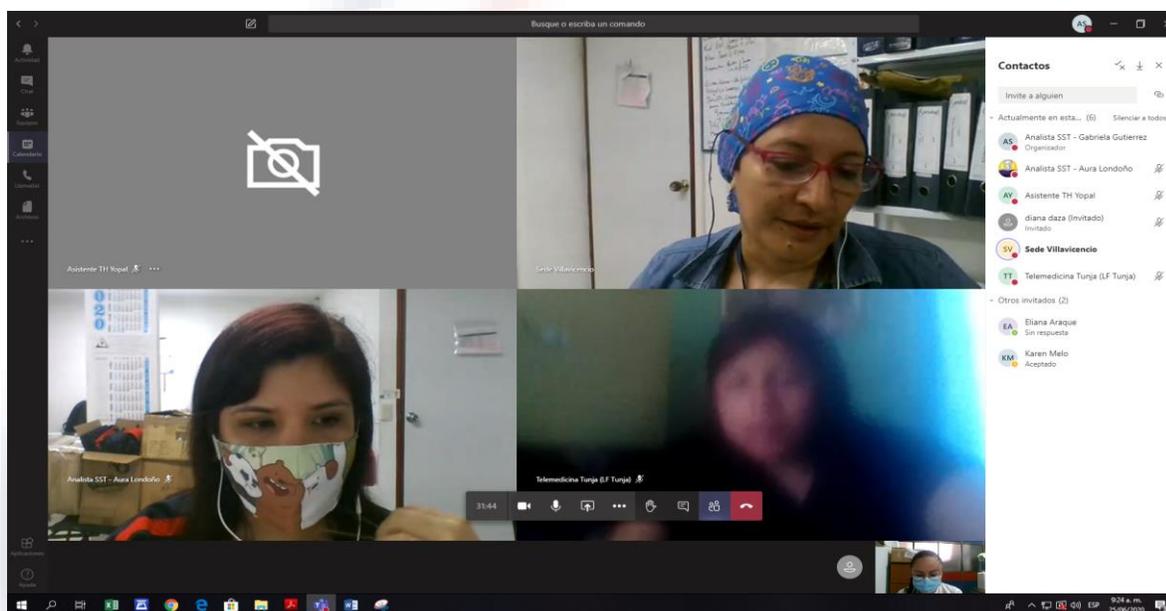
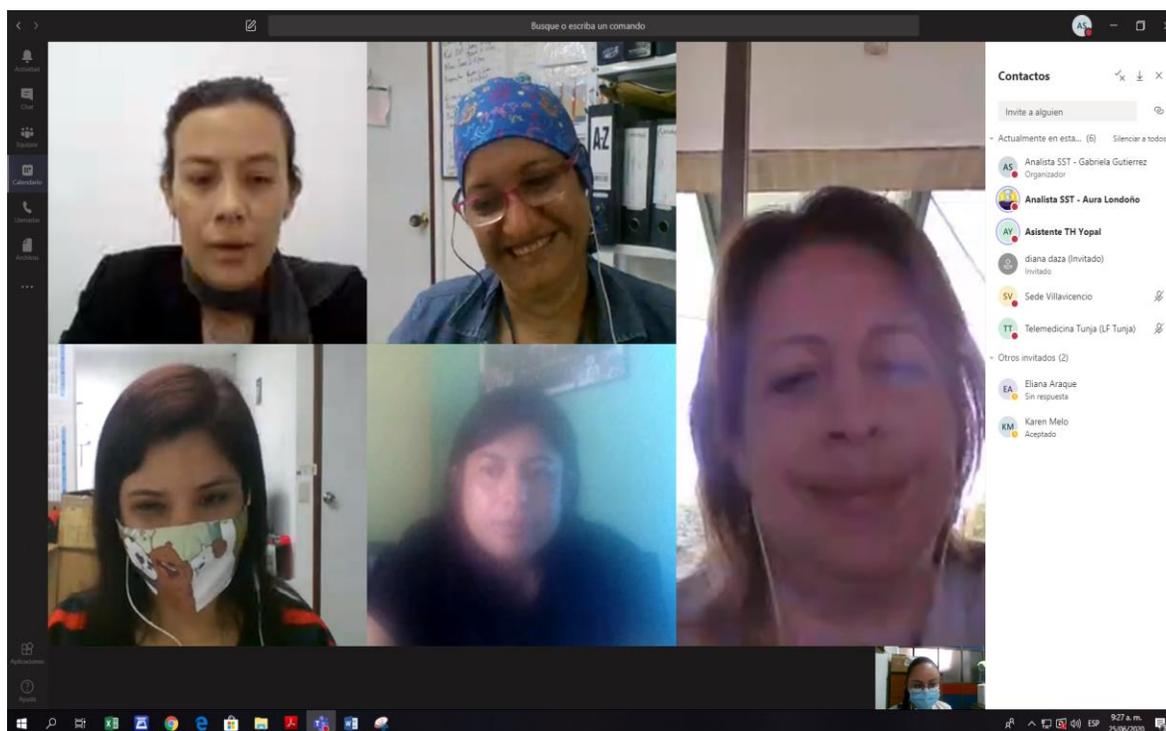
	<b>FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA</b>	FIGI012
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 012 de 2020					
FECHA: 25/06/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 10:00a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional					
EXPOSITOR:	Julieth Elliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	52331638	Diana Vivian Daza	Ejecutivo integral de servicio	ARL Positiva	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					



### 1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST



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

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

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



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



36	CC	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
37	CC	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
38	CC	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
39	CC	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
40	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
41	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
42	CC	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
43	CC	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
44	CC	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
45	CC	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
46	CC	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUANAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
47	CC	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
48	CC	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
49	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
50	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
51	CC	9396880	GIOVANNI FRANCISCO RODRIGUEZ SALAMANCA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
52	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
53	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	JEFE ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
54	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
55	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERÍA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
56	CC	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
57	CC	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
58	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
59	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
60	CC	1049799152	NIYIRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
61	CC	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
62	CC	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
63	CC	1090415369	LUZ KARINA SALAZAR GRISALES	NUTRICIONISTA	TUNJA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
64	CC	1049629216	KAROL GISELA FERNANDEZ ESPINOSA	TRABAJADORA SOCIAL	TUNJA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
65	CC	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
66	C.E	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
67	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
68	CC	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
69	CC	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
70	CC	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
71	CC	1057585417	DEISY YAMILE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
72	CC	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
73	CC	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
74	CC	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
75	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
76	CC	1052399313	ZULMA YARITH BETANCUR BECERRA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
77	CC	1052020668	DEISY LILIANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO



## 2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

Jersalud S.A.S.		BASE DE DATOS PERSONAL FUNCIONARIOS JERSALUD-META				
N°	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	TIPO NIVEL EXPOSICIÓN COVID-19
1	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
2	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
3	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
4	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
5	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
6	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
7	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
8	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTA
9	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
10	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑÓN REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
11	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
12	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
13	1121925326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
14	35262590	BLANCA LI CARVAJAL MORENO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
15	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
16	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
17	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
18	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
19	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
20	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	ANALISTA DE FACTURACIÓN	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
21	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
22	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
23	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
24	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
25	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
26	52045168	IMINA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
27	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
28	40218844	YULY YÓJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
29	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
30	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVUJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
31	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
32	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
33	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
34	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
35	52968061	ANGELA LORENA CAMACHO SUAREZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
36	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
37	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ ROJAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
38	19372804	JAIRO ALFONSO SANTAMARIA RODRIGUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
39	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
40	30937322	NINI JOHANA PEÑA VANEGAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
41	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
42	40398099	CLAUDIA ESPERANZA GARZON RODRIGUEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
43	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
44	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
45	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTA
46	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
47	1121960259	KAREN ESTEISY CLAVUJO FERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
48	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
49	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
50	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
51	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
52	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
53	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
54	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
55	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA



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



## 2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

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



### 3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

#### 3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

#### Telas Desechables

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

#### Usos

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



#### Colores Disponibles en telas Desechables

#### Ficha Técnica

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

#### Polipropileno

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

#### Resistencia Química

Como la mayoría de las poliolefinas es altamente resistente al ataque de productos químicos y de solventes por ser químicamente inerte; de esta 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
- Antialérgico y no tóxico
- Antiestática



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



## Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166



Página 1 de 1



FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

### GORROS DESECHABLES NO ESTERIL

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

ELABORADO POR

DIONY ANDREA GALLEGU SIERRA

REVISADO POR

CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRIA

APROBADO POR

JULIANE ALVARADO HERRERA

Copia Controlada





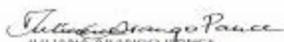
FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

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

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

Copia Controlada



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



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



# SOSEGA®

Safety Solutions

## INFORMACIÓN TÉCNICA

### MODELO

Mascarilla N95 Vapores Orgánicos SOSEGA  
Con Válvula  
Ref: 130730



### APLICACIONES

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

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

### CARACTERÍSTICAS

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

### ESTÁNDARES Y REGULACIONES

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



### INSTRUCCIONES DE AJUSTE



Paso 1

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

Paso 2

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

Paso 3

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

Paso 4

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

Paso 5

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

### ADVERTENCIAS

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





**LATEX EXAMINATION GLOVES - NIPRO**

**DESCRIPCION:**

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

**CARACTERISTICAS**

- ✓ Elaborados de 100% Látex natural, sin polvo y/o ligeramente lubrificadas con polvo biodegradable notada USP.
- ✓ Resistentes a la 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 Bocamanga: 0,08		

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

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



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

#### 3.2.1 Cotización Regional Boyacá

		<b>Cotización</b> No. C-1-387				
<b>SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS</b> NIT 901.222.681-7 Calle 9 No. 14-68 Tel: 8748246 Neiva - Colombia		<b>Para</b> JERSALUD SAS BOYACA <b>Nit</b> 900.622.551-0 <b>Fecha</b> 2020-06-12				
ELABORADA POR SIBIO S.A.S. INT 630 048 145-8						
Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	30.00	29,000.00	870,000.00
2	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	<a href="#">Ver</a>	90.00	1,860.00	199,206.00
3	52432	ESPECULO DESECHABLE PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO	<a href="#">Ver</a>	13.00	7,200.00	111,384.00
4	1002503	ESPECULO P/OTOSCOPIO (DESECHABLE ADULTO)	<a href="#">Ver</a>	11.00	7,100.00	92,939.00
5	XAPLIX20	APLICADORES CON ALGODÓN X20 KENEDY	<a href="#">Ver</a>	15.00	950.00	14,250.00
6	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	<a href="#">Ver</a>	5.00	20,000.00	100,000.00
7	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	110.00	4,200.00	462,000.00
8	435TDFAS	ROXICAINA JALEA UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	7.00	9,500.00	66,500.00
9	EQUI-201120118	ROXICAINA 2% SIMPLE S/EPINEFRINA FCO X 50 ML ROPSHON	<a href="#">Ver</a>	12.00	12,900.00	154,800.00
10	E-040524	TOALLAS DE ALGODON IMPREGNADO CON ALCOHOL ISOPROPILICO AL 70% CAJA X 100 MEDICAL SUPPLIES	<a href="#">Ver</a>	9.00	7,983.20	71,849.00
11	EQRJC3LT	RECOLECTOR GUARDIAN 2.9 BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	5.00	2,750.00	16,363.00
12	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	<a href="#">Ver</a>	900.00	215.00	193,500.00
13	EQ0642439	MICROPOR PIEL 2"x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	<a href="#">Ver</a>	2.00	5,100.00	10,200.00
14	CINTAMETRICA0B	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	<a href="#">Ver</a>	13.00	2,200.00	28,600.00
15	CINTAMETRICA0B	CINTA METRICA OBSTETRICA PARA KRAMER ADULTO 50 CM	<a href="#">Ver</a>	1.00	7,000.00	7,000.00
16	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	<a href="#">Ver</a>	4.00	45,000.00	180,000.00
17	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	690.00	7,700.00	5,313,000.00
<b>Total Bruto</b>					7,824,549.00	
<b>Subtotal</b>					7,824,549.00	





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

**Cotización**  
 No. C-1-374

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

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

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

<b>Total Bruto</b>	16,668,708.00
<b>Subtotal</b>	16,668,708.00
<b>IVA 19%</b>	23,922.00
<b>Total a Pagar</b>	<b>16,692,630.00</b>

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800010303





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

**Cotización**  
No. C-1-373

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

ELABORADA POR SIGO S.A.S. MT830048 145-8

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	XAPLIX20	APLICADORES CON ALGODÓN X20 KENEDY	<a href="#">Ver</a>	10.00	950.00	9,500.00
2	MEDI-0039	COMPRESA PRELAVADA ESTERIL 1 SBX5	<a href="#">Ver</a>	2.00	7,500.00	15,000.00
3	MEDIC-0318	COMPRESA ESTRELLA ESTERIL SBX 1MS	<a href="#">Ver</a>	2.00	3,500.00	7,000.00
4	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	<a href="#">Ver</a>	1.00	5,100.00	5,100.00
5	EQVEMEMA	MACROGOTEO SIN AGUJA MEDISPO 10G	<a href="#">Ver</a>	10.00	1,000.00	10,000.00
6	EQFIX10	FIXOMULL 10 X 10 STRIC UNIDAD CUREBAN ROLLO	<a href="#">Ver</a>	2.00	35,000.00	70,000.00
7	DISZD20160629	GASA ESTERIL 3*3*5 UNIDAD CUREBAND	<a href="#">Ver</a>	960.00	500.00	480,000.00
8	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	5.00	21,000.00	105,000.00
9	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 CJX100 UND MEDISPO	<a href="#">Ver</a>	600.00	350.00	210,000.00
10	EQ-1356	JERINGA 60 ML PUNTA CATETER CAJA X 25 UNIDADES	<a href="#">Ver</a>	6.00	34,500.00	207,000.00
11	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	<a href="#">Ver</a>	100.00	220.00	22,000.00
12	DISC-1806002	ALGODON EN TORUNDAS LIBRA MK	<a href="#">Ver</a>	1.00	12,000.00	12,000.00
13	MED0217	VENDA DE TELA 4X5 MEDICAL SUPPLIES	<a href="#">Ver</a>	20.00	2,100.00	42,000.00
14	EQU-26546	JABON QUIRUCIDAL 120 ML	<a href="#">Ver</a>	10.00	9,800.00	98,000.00
15	DI8T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON MK	<a href="#">Ver</a>	1.00	45,000.00	45,000.00
16	NACIONAL	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML NAL	<a href="#">Ver</a>	30.00	13,500.00	405,000.00
17	J-1564	JABON ANTIBACTERIAL X 500 ML NAL	<a href="#">Ver</a>	30.00	12,500.00	375,000.00
18	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	<a href="#">Ver</a>	30.00	2,900.00	87,000.00
19	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	<a href="#">Ver</a>	10.00	2,100.00	21,000.00
20	LENEL10	SONDA NELATON No. 10 SHERLEG	<a href="#">Ver</a>	150.00	820.00	123,000.00
21	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS ) UNIDAD MEDE	<a href="#">Ver</a>	200.00	820.00	164,000.00
22	EQBURE	BURETA EN ACETATO UNIDAD GOTHAPLAST	<a href="#">Ver</a>	10.00	3,500.00	35,000.00
23	DISTR-256	BAJALENGUAS PLASTICO PAQX 50 UNDS	<a href="#">Ver</a>	3.00	14,200.00	50,694.00
24	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	15.00	4,800.00	72,000.00
25	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	<a href="#">Ver</a>	15.00	20,000.00	300,000.00
26	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	<a href="#">Ver</a>	30.00	63,000.00	1,890,000.00
27	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	5.00	20,000.00	100,000.00
28	OOEXA228	GUANTE VINILO TALLA M CAJA X 100 UNDS	<a href="#">Ver</a>	3.00	24,000.00	72,000.00
29	CONKITCX	KIT CIRUJANO MANGA CORTA	<a href="#">Ver</a>	20.00	14,500.00	290,000.00
30	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA	<a href="#">Ver</a>	4.00	24,000.00	96,000.00

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800019333

www.jersalud.com



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



FECHA DE SOLICITUD:		4-jun-20							
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio							
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACION Y/O CARACTERISTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES	
3	AGUA HIPOCERMICA 18 X 1	A	CAJA	ALMACEN	NO ESTA CREADO	58	CMC	CAJA X 100	
1	BAJALENGUAS	A	CAJA X 500 UNIDADES	ALMACEN	300104206	41	CMC	BOLSA X 500	
170	BATA QUIRURGICA	A	MANGA LARGA	ALMACEN	300103053	19.100	FARMA	BOLSA X 10	
5	CONDO PARA OTOSCOPIO ADULTO	A	PAQUETE X 34 UNIDADES	ALMACEN	300109107	6.890	CMC	BOLSA X 100	
10	CONDOS PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO	A	PAQUETE X 34 UNIDADES	ALMACEN	NO ESTA CREADO	-	-	-	
4	CURAS REDONDAS	A	CAJA	ALMACEN	300105715	3.500	CMC	CAJA X 100	
11	GORROS	A	BOLSA X 100	ALMACEN	AGOTADO	-	AGOTADO	AGOTADO	
12	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	15.813	CMC	GUANTE NITRILLO EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
12	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	300105213	15.813	CMC	GUANTE NITRILLO EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
14	GUARDIAN GRANDE	A	RECOLECTOR	ALMACEN	300101237	2.250	GUARDIANES Y RECOLECTORES	GUARDIAN 2.9LTS	
14	GUARDIAN PEQUEÑO	A	RECOLECTOR	ALMACEN	300109734	1.300	GUARDIANES Y RECOLECTORES	GUARDIAN PEQUEÑOS 03ltos	
2	HOJAS DE BISTURI	A	CAJA	ALMACEN	-	210	CMC	CAJA X 100 - FAVOR ESPECIFICAR CALIBRE DE LA CUCHILLA 10-11-15-20-22	
2	JERINGAS X 10 CC	A	CAJA	ALMACEN	300101090	194	CMC	CAJA X 100	
2	JERINGAS X 5 CC	A	CAJA	ALMACEN	300101079	125	CMC	CAJA X 100	
30	SABANAS	A	80X12	ALMACEN	300101238	4.590	CMC	MEDIDA 2,20 X 87	
9	TAPABOCAS	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300107361	4.500	CMC	CAJA X 50	
100	TAPABOCAS NBS	A	UNIDAD	ALMACEN	300107364	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD	
5	TIJAS MARCA GLUCOQUICK	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	NO ESTA CREADO	-	-	-	
6	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	AGOTADO	-	AGOTADO	AGOTADO	
2	LICCAMA AL 1% TAPA VERDE	A	FRASCO	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR CONVO SIN EPINEFRINA Y LOS ML X 20 O 50 ML	
2	LICCAMA AL 2% TAPA AZUL	A	FRASCO	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR CONVO SIN EPINEFRINA Y LOS ML X 20 O 50 ML	
20	SOLUCION SALINA 0.9% 500ML	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD MINIMA DE EMPAQUE CAJA X 40	
20	SOLUCION SALINA 0.9% 100ML	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD MINIMA DE EMPAQUE CAJA X 40	
2	COEYDOPA	A	GALON	ALMACEN	300101518	32.000	CMC	GLUTARALDEHIDO (FORMALDEHIDO) CETRIMIDA GALON X 3750 ml (GLUTAFARI)	
10	GAFAS	A	NA	ALMACEN	NO ESTA CREADO	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	

FECHA DE SOLICITUD:		4-jun-20							
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio							
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACION Y/O CARACTERISTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES	
10	APLICADORES DE ALGODON	A	PAQUETE X 200	ALMACEN	300104207	20	CMC	PAQUETE X 1000	
2	COMPRESAS	A	BOLSA	ALMACEN	300101015	1035	CMC	UNIDAD - GASA PRECORTADA 45x45 COMPRESAS	
1	CURAS REDONDAS	A	CAJA	ALMACEN	300105715	-	CMC	-	
10	EQUIPO MACROGOTEO	A	UNIDAD	ALMACEN	300107084	720	CMC	MACROGOTEO EQUIPO CON SISTEMA LUER LOCK	
2	FWMURT	A	NA	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR MEDIDA 10X10 O 5X5	
40	GASAS ESTERIL	A	PAQUETE X 240	ALMACEN	300105074	345	CMC	GASA ESTERIL 7,5X7,5 PAQUETE X 5 UNIDADES	
5	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA S	ALMACEN	300105214	15.813	CMC	GUANTE NITRILLO EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
30	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	300105213	15.813	CMC	GUANTE NITRILLO EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
3	GUANTES QUIRURGICOS	A	TALLA 7.5 CAJA	ALMACEN	300101017	800	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD	
10	GUANTES DE VINILO	A	TALLA M CAJA	ALMACEN	300101017	12.000	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD	
6	JERINGAS X 10CC	A	CAJA	ALMACEN	300101090	194	CMC	CAJA X 100	
6	JERINGAS X 5CC CAJA X 20 UNIDADES	A	CAJA	ALMACEN	300101092	575	CMC	CAJA X 100	
1	JERINGAS X 5CC	A	CAJA	ALMACEN	300101079	125	CMC	CAJA X 100	
30	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107361	4.500	CMC	CAJA X 50	
15	TAPA BOCAS NBS	A	CAJA	ALMACEN	300107364	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD	
1	TORNUNDAS	A	PAQUETE	ALMACEN	300101232	10.896	CMC	PAQUETE X 12 - TORNUNDAS X 500 gms PAQUETE	
20	VENDAS ELASTICAS	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR LA MEDIDA (3X5 - 4X5 - 5X5 - 6X5)	
1	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	AGOTADO	-	AGOTADO	AGOTADO	
30	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106764	17.000	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL	
10	JABON QUIRURGICO	A	FRASCO X 120 ml	ALMACEN	300108395	3.345	CMC	CLOREXIDINA DIGLUCONATO + CETRIMIDA X 120 ml Jabon TQpica	
30	JABON ANTIBACTERIAL	A	500 ml	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
30	SOLUCION SALINA 0.9% 4500 ML	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD MINIMA DE EMPAQUE	
10	SOLUCION SALINA 0.9% 100ml	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD MINIMA DE EMPAQUE	
200	SONDA NELATON # 8	A	-	ALMACEN	300101025	473	CMC	PAQUETE X 50	
150	SONDA NELATON # 10	A	-	ALMACEN	300101075	473	CMC	PAQUETE X 50	
10	BURETOL	A	PAQUETE X 20 UNIDADES	ALMACEN	300101063	2.438	CMC	CAJA X 25	
7	BAJALENGUAS PLASTICO	A	TALLA M	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
15	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADULTO	A	-	ALMACEN	300101094	2.738	CMC	-	
20	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA CORTA TALLA M	A	-	ALMACEN	300104100	-	CMC	VESTIDO DE SECHABLE CIRUJANO	
20	OVEROL ANTIPLUJOS TALLA M	A	-	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
20	TAPABOCAS NBS	A	-	ALMACEN	CODIGO REPETIDO	-	-	CODIGO REPETIDO	
4	BISOR	A	-	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
4	MONDOGAFAS	A	-	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
3	BROMURO DE IPRATROPIO	A	SOLUCION PARA INHALACION	ALMACEN	1992496-01	5257	RAFAEL	IPRATROPIO BROMURO DOSIFICADOR AEROSOL 20 MICROGROS/200 DOSIS	
10	ISOPOS DE MADERA	A	PAQUETE X 20 UN	ALMACEN	CODIGO REPETIDO	-	-	CODIGO REPETIDO CON APLICADORES CON ALGODON	

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



**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**

**Nº: 2281**

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

Fecha de factura: 2020-06-19  
Vendedor:  
Centro de costo: 0  
Cotización: C-1-368

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
✓ 1	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	20.00	4,800.00	0 %	0 %	96,000.00
✓ 2	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	40.00	4,200.00	0 %	0 %	168,000.00
✓ 3	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	1.00	67,000.00	0 %	0 %	67,000.00
✓ 4	EQUI-201120118	ROXICAINA 2% SIMPLE S/EPINEFRINA FCC X 50 ML. ROPSHON	1.00	12,900.00	0 %	0 %	12,900.00
✓ 5	PIN-KE-AMA	PINZA KELLY CURVA X14 CM	1.00	9,500.00	0 %	0 %	9,500.00
✓ 6	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	8.00	20,000.00	0 %	0 %	160,000.00
✓ 7	COM-12	PILA DE 3 VOLTIOS RAYOVAC LITHIUM CR2032	5.00	3,500.00	19 %	0 %	20,825.00

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

**Valor en Letras:**

Quinientos treinta y cuatro mil doscientos veinticinco pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-08-18 por \$ 534,225.00

Total Bruto	530,900.00
IVA 19%	3,325.00
<b>Total a Pagar</b>	<b>534,225.00</b>

**Observaciones:**

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
VIGILADO

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 18783005570393 aprobado en 20200424 prefiro 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 S.A.S.**  
Brindamos salud y bienestar.  
NIT. 901222681-7  
Calle No. 15 - 54 Neiva - Huila  
Elaborado por

*[Firma]*  
Firma recibida  
23-06-2020  
U. B.



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

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Royer Conarigo 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				
19 06 20				X										Mejor Paula
23 06 20				X								X		Mejor Paula
24 06 20				X										Mejor Paula
25 06 20				X										Mejor Paula
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 Royer Conarigo Identificado (a) con CC: 1049632802, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MAYOLA ROSA ROSA	40044574	CONSULTA EXTERNA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
19 06 20				X										Deisy Mayola
23 06 20				X								X		Deisy Mayola
24 06 20				X										Deisy Mayola
24 06 20				X										Deisy Mayola
25 06 20				X										Deisy Mayola
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Erika Johana Basigas Agüero	1052903488	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	Pajamas		
19 06 20				X					X			
23 06 20				X					X			
24 06 20				X					X			
25 06 20				X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jenny Gabriela Gutierrez Narváez	1052314070	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	Pajamas		
19 08 20				X					X			
23 08 20				X								
24 08 20				X								
25 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910302  
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rodriguez Nampaque Claudia Yaneth	4.049.642.865	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
23 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
24 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
25 06 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													
DD MM AA													

Yo, Claudia Yaneth Rodriguez Identificado (a) con CC: 4.049.642.865, 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jorge Alejandro Rojas Mantua	109069127	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	Bata Nueva	Jorge Rojas
23 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	" "	Jorge Rojas
24 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	" "	Jorge Rojas
25 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	" "	Jorge Rojas
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, Jorge Alejandro Rojas Mantua Identificado (a) con CC: 109069127, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> FONSECA ROSARCA JOHN ADOLFO	<b>Cédula</b> 1120865548	<b>Unidad</b> CONSULTA EXTERNA - UJA
---	-----------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
20/08/20				X									John Fonseca
22/08/20	X			X					X				John Fonseca
23/08/20				X									John Fonseca
26/08/20				X									John Fonseca
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, John A. Fonseca Rosarca identificado (a) con CC: 1120865548, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> John Jacobson	<b>Cédula</b> 718819	<b>Unidad</b> C-572
---	-------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23/06/20				X									[Signature]
24/06/20				X									[Signature]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, John Jacobson identificado (a) con CC: 718819, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
PEDRAZA VARGAS MARIA SUZUA	40017103	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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			
19 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
23 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
24 06 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
25 06 2020	Y	-	-	Y	-	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, Maria Suzua 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
VLADIMIR BAUTISTA LOPEZ	88214472	CL 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
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 06 20	X			X					X				
23 06 20	X			X					X				
24 06 20	X			X					X				
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Vladimir Bautista Lopez Identificado (a) con CC: 88214472, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Maria Cecilia Rodriguez	1049625040	C. Extensa Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19/06/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	Maria Rodriguez
23/06/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	Maria Rodriguez
24/06/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	Maria Rodriguez
15/06/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	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													

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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Giselle Andrea Zipa Vargas	1049647500	Administrativo Consulta Externa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
19/06/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Andrea Zipa
20/06/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Andrea Zipa
23/06/20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	Andrea Zipa
24/06/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Andrea Zipa
05/06/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Andrea Zipa
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800091033  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Zulmaquith Betancur Becerra	1052399313	Consulta Externa.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 06 2019				X					X			Tapabocas N95	<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													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Bianca Nubia Velazquez	23-810-177	C. Externa.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 06 2019			X										<i>[Firma]</i>
20 06 2019			X						X				<i>[Firma]</i>
23 06 2019			X										<i>[Firma]</i>
29 06 2019			X										<i>[Firma]</i>
29 06 2019			X										<i>[Firma]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910332  
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Torres Acevedo Sandra Milena	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 NB5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólinas				
19 06 20				X		X								
20 06 20				X		X								
24 06 20	X			X		X								
25 06 20				X		X								
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Sandra Milena 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sandra Sofia Mora	23284976	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 NB5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólinas				
19 06 20				X		X			X			Reino tapabocas NB5 para	Sandra	
20 06 20				X		X			-			salvaman trice Prioritaria	Sandra	
23 06 20				X		X			X				Sandra	
24 06 20				X		X			-				Sandra	
25 06 20				X		-			-				Sandra	
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Yoly Patricia Valle P	<b>Cédula</b> 23324561	<b>Unidad</b> 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	Pelatinas			
19 JUN 2019	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	Tapabocas N-95	Yoly P
23 JUN 2019	-	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Yoly P
24 JUN 2019	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Yoly P
28 JUN 2019	-	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Yoly P
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, Yoly Patricia Valle P Identificado (a) con CC: 23324561, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> FERNANDEZ AFRICANO CLAUDIA I	<b>Cédula</b> 46361131	<b>Unidad</b> C. GAT 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	Pelatinas			
19 JUN 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NO	Claudia Africano
23 JUN 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NO	Claudia Africano
24 JUN 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NO	Claudia Africano
25 JUN 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NO	Claudia Africano
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 Isabel Fernandez I Identificado (a) con CC: 46361131, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Hoyra Yelandia Luz Marino	<b>Cédula</b> 40036857	<b>Unidad</b> 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	Monogafis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
23 06 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
24 06 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
25 06 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Yelandia Luz Marino Identificado (a) con CC: 40036857, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Flores Alvarez Monica Paola	<b>Cédula</b> 109966557	<b>Unidad</b> Coderq
---	----------------------------	-------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 06 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		[Firma]
20 06 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		[Firma]
23 06 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		[Firma]
24 06 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		[Firma]
25 06 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Monica Paola Flores Alvarez Identificado (a) con CC: 109966557 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <i>Yaceca Sanchez Anderson Derris</i>	<b>Cédula</b> <i>1054658729</i>	<b>Unidad</b> <i>Consulta Externa</i>
---	------------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
19 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-		<i>Anderson Derris</i>
20 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Anderson Derris</i>
23 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-		<i>Anderson Derris</i>
24 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Anderson Derris</i>
25 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-		<i>Anderson Derris</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <i>Fanny Astrid Nino H</i>	<b>Cédula</b> <i>40039607</i>	<b>Unidad</b> <i>Tony</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	Pollinas			
19 06 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>Fanny Astrid Nino H</i>
20 06 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>Fanny Astrid Nino H</i>
23 06 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	X	-		<i>Fanny Astrid Nino H</i>
24 06 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>Fanny Astrid Nino H</i>
25 06 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>Fanny Astrid Nino H</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
John Eduardo Jimeno	713063	C-Exter

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		John E. Jimeno
20 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		John E. Jimeno
23 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		John E. Jimeno
24 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		John E. Jimeno
25 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		John E. Jimeno
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, John E. Jimeno Identificado (a) con CC: 713063, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ferny Torres	7171092	Int-7A

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
20 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	NO	Ferny Torres
23 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	NO	Ferny Torres
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Ferny Torres Identificado (a) con CC: 7171092, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800019303



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Luz Amparo Ayala	<b>Cédula</b> 40027046	<b>Unidad</b> 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsulta	[Firma]
20 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsulta	[Firma]
23 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsulta	[Firma]
24 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsulta	[Firma]
25 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsulta	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jose Gregorio Velazquez	<b>Cédula</b> 722205024	<b>Unidad</b> 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
20 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
23 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
24 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
25 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Jose Gregorio Velazquez Identificado (a) con CC: 722205024, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<i>Gersson David Gonzalez</i>	<i>1049638771</i>	<i>Externa</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Gersson David Gonzalez</i>
20 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Gersson David Gonzalez</i>
23 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Gersson David Gonzalez</i>
24 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Gersson David Gonzalez</i>
25 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Gersson David Gonzalez</i>
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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<i>Duran Leguizamón Abel</i>	<i>1124023693</i>	<i>C Externa</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 06 20	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>Abel Duran Leguizamón</i>
23 06 20	-	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Abel Duran Leguizamón</i>
24 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Abel Duran Leguizamón</i>
25 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Abel Duran Leguizamón</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 Correo Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Gloria Ayala y Jose Esbel	<b>Cédula</b> 40038562	<b>Unidad</b> Corralito externo - proteccion
---	---------------------------	---

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	bata desechable a diario	[Firma]
20 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X		[Firma]
23 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X		[Firma]
24 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable a diario	[Firma]
25 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable a diario	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

#### 4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Angela Dorely Serrano	<b>Cédula</b> 24167297	<b>Unidad</b> Asistencia
---	---------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
11 05 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
18 05 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
20 05 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
28 05 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
01 06 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
08 06 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
16 06 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
23 06 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Lina Alejandra Pinzón C.	1049632618	Jersalud.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 05 20	f			+					X			2 tapabocas.	Riipi
01 06 20				X								5 tapabocas.	Riipi
08 06 20	X			X					X			6 tapabocas.	Riipi
16 06 20	X			X					X			2 tapabocas.	Riipi
23 06 20	X			X					X			5 tapabocas	Riipi
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Lina Alejandra Pinzón Castiblanco identificado (a) con CC: 1049632618, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
RODRIGUEZ, JAVIER LENIN	99536444	DUIJONG

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 04 2020				✓		✓							
04 05 2020				✓									
06 05 2020	✓			✓					X			observación 5 tapabocas desechables	JP
11 05 2020	✓			✓					✓			se entregaron 5 tapabocas.	JP
18 05 2020	✓			r					✓			se entregaron 1 tapabocas	JP
20 05 2020	✓			✓					✓			se entregaron 5 tapabocas	JP
26 05 2020	✓			✓					✓			se entregaron 3 tapabocas	JP
01 06 2020	✓			✓					✓			se entregaron 5 tapabocas	JP
08 06 2020	✓			✓					✓			se reciben 5 tapabocas	JP
16 06 2020	✓			✓					✓			se reciben 2 tapabocas	JP
23 06 20	✓			✓					✓			se recibe 4 tapabocas.	JP
DD MM AA													

Yo, JAVIER RODRIGUEZ LENIN identificado (a) con CC: 99536444, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Orlando Gutierrez Pineda</u>	<b>Cédula</b> <u>91244689</u>	<b>Unidad</b> <u>Asistencial</u>
---	----------------------------------	-------------------------------------

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16/04/2020	X			X					X				
29/04/2020				X					X				
11/05/2020	X			X					X			Entrega 5 tapabocas	
16/05/2020	X			X					X			Entrega 5 tapabocas	
26/05/2020	X			X					X			Entrega 3 tapabocas	
01/06/2020	X			X					X			Entrega 5 tapabocas	
8/06/2020	X			X					X			Entg 5 tapabocas	
16/06/2020	X			X					X			Con 5 tapabocas	
23/06/2020	X			X					X			Con 4 tapabocas	
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Arendano Espino Gloria Isabel</u>	<b>Cédula</b> <u>1049628122</u>	<b>Unidad</b> <u>Asistencial</u>
--	------------------------------------	-------------------------------------

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26/05/2020	X			X					X			Tapabocas 41bata y 1 gorra	
09/06/2020	X			X					X			Tapabocas 51bata	
09/06/2020	X			X					X			Tapabocas 61bata	
16/06/2020	X			X					X			Tapabocas 4. 1 bata	
23/06/2020	X			X					X			Tapabocas 5 1 bata	
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000190332  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Nancy Mogollón	23.323980	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	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 05 20	✓			✓	✓					✓	6 tapabocas	[Firma]
18 05 20	✓			✓	✓					✓	3 tapabocas	[Firma]
20 05 20	✓			✓	✓					✓	5 tapabocas	[Firma]
26 05 20	✓			✓	✓					✓	5 tapabocas	[Firma]
08 06 20	✓			✓	✓					✓	6 tapabocas	[Firma]
16 06 20	✓			✓	✓					✓	3 tapabocas	[Firma]
23 06 20										✓	5 tapabocas	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Evaun Lucia 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
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt 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						X	2 tapabocas - 1 cofia	[Firma]
23 06 20	X			X						X	1 cofia - 4 tapabocas - 1 bata	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Evaun Lucia 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.

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
ACELO MARTINEZ DIANA PATRICIA	96956292	JERSALUD DOITAMA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 09 20				X					X			DIANA ACELO
30 09 20				X								DIANA ACELO
5 05 20				X								DIANA ACELO
7 05 20				X					X			DIANA ACELO
17 05 20				X					X		5 Tapabocas	DIANA ACELO
18 05 20				X					X		6 tapabocas 1 bata	DIANA ACELO
26 05 20				X					X		1 tapabocas 1 bata	DIANA ACELO
29 05 20				X							3 tapabocas	DIANA ACELO
04 06 20				X					X		1 bata y 6 tapabocas	DIANA ACELO
08 06 20				X					X		1 bata y 5 tapabocas	DIANA ACELO
16 06 20				X					X		1 bata y 2 tapabocas	DIANA ACELO
23 06 20				X					X		1 bata y 4 tapabocas	DIANA ACELO

Yo, DIANA PATRICIA ACELO Identificado (a) con CC: 96956292, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
REKARD AELLA DIANA MARCELA	1053608206	JERSALUD DOITAMA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 06 20				X					X		6 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		4 TAPABOCAS, 1 BATA	DIANA C.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 018000910303  
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Lina M. Arague</u>	<u>46672428</u>	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 06 20	X			X					X				Lina M.
23 06 20	X			X					X			5 Tapabocas	Lina M.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 06 20	X			X					X			2 Tapabocas	Hiday Triana
23 06 20	X			X					X			4 Tapabocas	Hiday Triana
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, Hiday Triana identificado (a) con CC: 46458143, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Soqamoso

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Edilda de aguas	32775986	Soqamoso

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Guantes látex	Guantes nitrilo	Guantes nylon	Bata desechable	Polainas				
26 05 20				X								X	EPP	[Firma]
07 06 20				X								X	epp	X [Firma]
08 06 20				✓								X	epp	X [Firma]
16 06 20				X								X	epp	X [Firma]
23 06 20				X								X	epp	[Firma]
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Edilda 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Giovanni Rodriguez S.	9396.880	Soqamoso

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Guantes látex	Guantes nitrilo	Guantes nylon	Bata desechable	Polainas				
26 05 20				X								X	epp	[Firma]
07 06 20				X								X		[Firma]
08 06 20				X								X		[Firma]
16 06 20				X								X		[Firma]
23 06 20				X								X		[Firma]
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Sebastian Rivera Gomez</u>	<b>Cédula</b> <u>1049614089</u>	<b>Unidad</b> <u>Sogamoso</u>
---	------------------------------------	----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Gautes látex	Gautes nitrilo	Gautes nylon	Bata desechable	Polaina			
26 05 20		X		X							X	Elementos de EPP	
07 06 20		X		X							X	Elementos de EPP	
08 06 20				X							X	EPP	
16 06 20				X							X	EPP	
23 06 20				X							X	EPP	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>QUINTERO TORRES MILENA QUINTERO</u>	<b>Cédula</b> <u>46455020</u>	<b>Unidad</b> <u>JERSALUD SOGAMOSO</u>
--	----------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Gautes látex	Gautes nitrilo	Gautes nylon	Bata desechable	Polaina			
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
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 018000910303  
 VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Guantes látex	Guantes nitrilo	Guantes nylon	Bata desechable	Polainas				
20 05 20				X								X	elementos de epp	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
04 06 20				X								X	EPP	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
18 06 20														<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
18 06 20														<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
23 06 20				X								X	EPP	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Ara Romero</i>	<i>46366015</i>	<i>Seguridad</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Guantes látex	Guantes nitrilo	Guantes nylon	Bata desechable	Polainas				
26 05 20				X								X		<i>Ara Romero</i>
04 06 20				X								X		<i>Ara Romero</i>
08 06 20				X								X		<i>Ara Romero</i>
18 06 20				X								X		<i>Ara Romero</i>
23 06 20				X								X		<i>Ara Romero</i>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Beraudo P. María 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	
	Cofia	Monogafa seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Gauntax látex	Gauntax nitrilo	Gauntax nylor	Bata desechable	Polainas				
28 05 2020				X								X	elementos de epp	M. Constanza
02 06 20				X								X		M. Constanza
07 06 20				X								X		M. Constanza
16 06 20				X								X		M. Constanza
23 06 20				X								X		M. Constanza
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Nancy Constanza Beraudo identificado (a) con CC: 46.370.222, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	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	
	Cofia	Monogafa seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Gauntax látex	Gauntax nitrilo	Gauntax nylor	Bata desechable	Polainas				
26 05 20				X								X	elementos de epp	DEISY HERNANDEZ
04 06 20				X								X		DEISY HERNANDEZ
08 06 20				X								X		DEISY HERNANDEZ
16 06 20				X								X		DEISY HERNANDEZ
23 06 20				X								X		DEISY HERNANDEZ
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Deisy Carolina Hernandez H. identificado (a) con CC: 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.

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
Deisy Vargas Barera	105752547	Sogamoso

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogüta seguridad	Careta desechab	Tapaboca desechab	Tapaboca N95 con válvula	Guantes látex	Guantes nitrilo	Guantes nylon	Bata desechab	Polainas				
26 05 20				X								X	elementos de epp	<i>[Signature]</i>
01 06 20				X								X	elementos de epp	<i>[Signature]</i>
08 06 20				X								X	elementos de epp	<i>[Signature]</i>
16 06 20				X								X	elementos de epp	<i>[Signature]</i>
23 06 20				X								X	elementos de epp	<i>[Signature]</i>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, 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.

	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 Avelandera Sandra	46672546	Sogamoso

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogüta seguridad	Careta desechab	Tapaboca desechab	Tapaboca N95 con válvula	Guantes látex	Guantes nitrilo	Guantes nylon	Bata desechab	Polainas				
26 05 20				X								X	Elemento EPP	<i>[Signature]</i>
01 06 20				X								X	Elemento EPP	<i>[Signature]</i>
08 06 20				X								X	Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
16 06 20				X								X	Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
23 06 20				X								X	Elementos epp	<i>[Signature]</i>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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



4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Erika Saucedo	1082896913	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	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
17 06 2020				X								Erika Saucedo
18 06 2020				X								Erika Saucedo
19 06 2020				X								Erika Saucedo
23 06 2020	X			X					X			Erika Saucedo
24 06 2020				X								Erika Saucedo
25 06 2020	X			X								Erika Saucedo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Gloria Bailesteros S	1073380836	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	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
16 06 2020	X			X					X			Jackeline B
17 06 2020				X								Jackeline B
18 06 2020				X								Jackeline B
19 06 2020				X								Jackeline B
20 06 2020				X								Jackeline B
23 06 2020	X			X					X			Jackeline B
24 06 2020				X								Jackeline B
25 06 2020				X								Jackeline B
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Leidy Joana Buitrago Sanabria	<b>Cédula</b> 1053338976	<b>Unidad</b> Chiquinquira
---	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	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 2020	X			X					X					
17 06 2020				X										
18 06 2020				X										
19 06 2020	X			X										
23 06 2020	X			X					X					
24 06 2020				X										
25 06 2020				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Doliana Escarez	<b>Cédula</b> 1053248179	<b>Unidad</b> Chiquinquira
---	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
17 06 2020				X										
18 06 2020				X										
19 06 2020				X										
23 06 2020	X			X					X					
24 06 2020				X										
25 06 2020	X			X					X					
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: 01800019333  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Melisa Cardenas	<b>Cédula</b> 105 3348819	<b>Unidad</b> Chiquinquirá
---	------------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 06 2020				X								Melisa C
18 06 2020				X								Melisa C
19 06 2020				X								Melisa C
23 06 2020	X			X				X				Melisa C
24 06 2020				X								Melisa C
25 06 2020				X								Melisa C
DD MM AA												Melisa C
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Shirley Rancancio	<b>Cédula</b> 105 33 40626	<b>Unidad</b> Chiquinquirá
---	-------------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 06 2020				X								Shirley R.
19 06 2020				X								Shirley R.
20 06 2020				X								Shirley R.
23 06 2020	X			X				X				Shirley R.
24 06 2020				X								Shirley R.
25 06 2020				X								Shirley R.
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: 018000910303  
**VIGILADO**



4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> BLANCO ARENAS IVONNE ANDREA	<b>Cédula</b> 63529281	<b>Unidad</b> 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				
23 06 20				X								X		
24 06 20				X										
25 06 20				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	<b>Cédula</b> 63362434	<b>Unidad</b> 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				
23 06 20				X								X		
24 06 20				X										
25 06 20				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, MARCELA SOFIA 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.

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



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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b> SAENZ RUIZ LEIDY YASMITH	<b>Cédula</b> 1054682570	<b>Unidad</b> 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	Polinias		
23 06 20				X					X			Leidy Saenz
24 06 20				X								Leidy Saenz
25 06 20				X								Leidy Saenz
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b> GARCIA ARIAS DEISY JANETH	<b>Cédula</b> 53081059	<b>Unidad</b> 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	Polinias		
23 06 20				X					X			Deisy Garcia
24 06 20				X								Deisy Garcia
25 06 20				X								Deisy Garcia
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



4.1.6 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Dora GARCIA	1070252786	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			
19/06/20	X	X	X	X		X	X	X	X	X			
23/06/20	X	X	X	X		X	X	X	X	X			
24/06/20	X	X	X	X		X	X	X	X	X			
25/06/20	X	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													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Dora Garcia Identificado (a) con CC: 1070252786. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Garcido Avila Fanny Marleny	33676330	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			
19/6/20	X	X		X		X			X	X			
23/6/20	Y	X		X		Y			X	X			
24/6/20	Y	X		X		X			X	X			
25/6/20	Y	Y		Y		X			X	X			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800019383



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Camelo Suarez Mary</u>	<u>33676746</u>	<u>Garagepa</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 06 2020	X			X								<u>Mary C.</u>
23 06 2020	X			X								
24 06 2020	X			X								
25 06 2020	X			X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Armando Ismael Domínguez Martínez</u>	<u>531407</u>	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23 06 2020	X	X	X	X	X	X			X	X		<u>Armando I. Domínguez</u>	
24 06 2020	X	X	X	X	X	X			X	X			
25 06 2020	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													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pupo Moreno Melissa	1045325343	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 06 20			X	X		X						
20 06 20			X	X		X						
23 06 20			X	X		X						
24 06 20			X	X		X						
25 06 20			X	X		X						
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo,  Melissa Pupo Moreno  Identificado (a) con CC:  104525343 , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yoly Marcela Muñoz Romero	104108387	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 06 20	X			X		X						
20 06 20	X			X		X						
23 06 20	X			X		X						
24 06 20	X			X		X						
25 06 20	X			X		X						
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo,  Yoly Marcela Muñoz Romero  Identificado (a) con CC:  104108387 , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daniela Castro	104999182	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Potainas		
19 06 20	✓	✓	✓	✓		✓			✓			Daniela Castro
23 06 20	✓	✓	✓	✓		✓			✓			Daniela Castro
24 06 20	✓	✓	✓	✓		✓			✓			Daniela Castro
25 06 20	✓	✓	✓	✓		✓			✓			Daniela Castro
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 Castro Identificado (a) con CC: 104999182 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
DEISY LILIANA ESTEVES	1052020668	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 6 2020					1							<i>[Signature]</i>
20 6 2020					1							<i>[Signature]</i>
22 6 2020	1			1					1			<i>[Signature]</i>
24 6 2020				1								<i>[Signature]</i>
25 6 2020				1								<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	23452508	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	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 6 2020					1		2					<i>[Signature]</i>
20 6 2020					1		2					<i>[Signature]</i>
22 6 2020	1			1		1			1			<i>[Signature]</i>
24 6 2020				1		4						<i>[Signature]</i>
25 6 2020				1		2						<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
VIGILADO



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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pólinas		
19 6 2020					1							
23 6 2020	1				1							
24 6 2020					1							
25 6 2020					1							
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, Alix Margarita Acevedo Salazar Identificado (a) con CC: 24080048, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b> MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	<b>Cédula</b> 1140868607	<b>Unidad</b> JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ
---	-----------------------------	--

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pólinas		
19 6 2020					1		2					
23 6 2020	1				1		1			1		
24 6 2020					1		2					
25 6 2020					1		2					
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Maria Paula Campos Buitrago Identificado (a) con CC: 1140868607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800010303



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

### 4.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio

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

Apellidos y Nombres Completos: Angelica Lavarancini Cédula: 40325398 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 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, yo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Casca	Manguito de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Pósters			
16 6 2020	X			X					X				
17 6 2020	X			X					X				
18 6 2020	X			X					X				
19 6 2020	X			X					X				
20 6 2020													
21 6 2020	FESTIVO												
22 6 2020	FESTIVO												
23 6 2020	X			X					X				
24 6 2020	X			X					X				
25 6 2020	X			X					X				
26 6 2020	X			X					X				
27 6 2020													
28 6 2020													
29 6 2020													
30 6 2020													

Yo, Angelica Lavarancini Dra identificada (a) con CC: 40.325.398, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos: July Carolina Rojas H. Cédula: 40326034 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 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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Casca	Manguito de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Pósters			
16 6 2020	X	X		X	X	X			X				
17 6 2020	X	X		X	X	X			X				
18 6 2020	X	X		X	X	X			X				
19 6 2020													
20 6 2020	FESTIVO												
21 6 2020	FESTIVO												
22 6 2020													
23 6 2020	X	X		X	X	X			X				
24 6 2020	X	X		X	X	X			X				
25 6 2020	X	X		X	X	X			X				
26 6 2020	X	X		X	X	X			X				
27 6 2020													
28 6 2020													
29 6 2020													
30 6 2020													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Cordoba Dussan Jovanna Lyet</u>	<u>35263051</u>	<u>Asistencial</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
16	6	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X		<u>J. Cordoba</u>
17	6	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X		<u>J. Cordoba</u>
18	6	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X		<u>J. Cordoba</u>
19	6	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X		<u>J. Cordoba</u>
20	6	2020												
21	6	2020	<b>FESTIVO</b>											
22	6	2020	<b>FESTIVO</b>											
23	6	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X		<u>J. Cordoba</u>
24	6	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X		<u>J. Cordoba</u>
25	6	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X		<u>J. Cordoba</u>
26	6	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X		<u>J. Cordoba</u>
27	6	2020												
28	6	2020												
29	6	2020												
30	6	2020												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Roa Faero Alexa Milena</u>	<u>1.121.898.957</u>	<u>Administrativo</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
16	6	2020	X	X	X									<u>Alexa Roa Faero</u>
17	6	2020	X	X	X									<u>Alexa Roa Faero</u>
18	6	2020	X	X	X									<u>Alexa Roa Faero</u>
19	6	2020	X	X	X									<u>Alexa Roa Faero</u>
20	6	2020	<b>FESTIVO</b>											
21	6	2020	<b>FESTIVO</b>											
22	6	2020	<b>FESTIVO</b>											
23	6	2020	X	X	X									<u>Alexa Roa Faero</u>
24	6	2020	X	X	X									<u>Alexa Roa Faero</u>
25	6	2020	X	X	X									<u>Alexa Roa Faero</u>
26	6	2020												
27	6	2020												
28	6	2020												
29	6	2020												
30	6	2020												

Yo, Alexa Milena Roa Faero Identificado (a) con CC: 1.121.898.957 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910303



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Blanca Li Carvajal Moreno	35-262-590	AU-40-1110

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		
	Ceifa	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polinias				
16	6	2020	✓	✓		✓								
17	6	2020	✓	✓		✓								
18	6	2020	✓	✓		✓								
19	6	2020	✓	✓		✓								
20	6	2020	FESTIVO											
21	6	2020	FESTIVO											
22	6	2020	FESTIVO											
23	6	2020	FESTIVO											
24	6	2020	✓	✓		✓								
25	6	2020	✓	✓		✓								
26	6	2020	✓	✓		✓								
27	6	2020												
28	6	2020												
29	6	2020												
30	6	2020												

Yo, Blanca Li Carvajal Moreno identificado (a) con CC: 35-262-590-110 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Estruergo Morqueza Diego Feo	1107054334	AU-40-1110

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	
	Ceifa	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
16	6	2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
17	6	2020	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-	
18	6	2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
19	6	2020	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-	
20	6	2020											
21	6	2020											
22	6	2020											
23	6	2020	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-	
24	6	2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
25	6	2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
26	6	2020	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-	
27	6	2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
28	6	2020											
29	6	2020											
30	6	2020											

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 018000910303



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> García Leon Dora Miquel	<b>Cédula</b> 1121829772	<b>Unidad</b> Jersalud
---	-----------------------------	---------------------------

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

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

Yo, Dora Miquel García Leon identificado (a) con CC: 1121829772, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sandra Milena Varela	<b>Cédula</b> 40340723	<b>Unidad</b> Aux Aditivo
--	---------------------------	------------------------------

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

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

Yo, Sandra Milena Varela identificado (a) con CC: 40340723, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800019033  
VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Tulibila Deysey Paola	<b>Cédula</b> 1.121.926.326	<b>Unidad</b> Administrativa
---	--------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogiro de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con velveta	Gaunas de latex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Polillars					
16	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Paola Tulibila C.
17	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Paola Tulibila C.
18	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Paola Tulibila C.
19	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Paola Tulibila C.
20	6	2020	FESTIVO												
21	6	2020	FESTIVO												
22	6	2020	FESTIVO												
23	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Paola Tulibila C.
24	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Paola Tulibila C.
25	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Paola Tulibila C.
26	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Paola Tulibila C.
27	6	2020													
28	6	2020													
29	6	2020													
30	6	2020													

Yo, Deysey Paola Tulibila Identificado (a) con CC: 1.121.926.326 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogiro de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con velveta	Gaunas de latex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Polillars					
16	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Juli B.
17	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Juli B.
18	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Juli B.
19	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Juli B.
20	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Juli B.
21	6	2020	FESTIVO												
22	6	2020	FESTIVO												
23	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Juli B.
24	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Juli B.
25	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Juli B.
26	6	2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Juli B.
27	6	2020													
28	6	2020													
29	6	2020													
30	6	2020													

Yo, Juli Beltran Identificado (a) con CC: 40.218.844 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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**



4.2.2 Entrega elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sauda Patro	<b>Cédula</b> 1.02300019	<b>Unidad</b> Jersalud
---	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
09/06/20				X								Sauda
10/06/20				X					X			Sauda
11/06/20				X								Sauda
12/06/20				X								Sauda
16/06/20				X								Sauda
17/06/20			X	X						X		Sauda
18/06/20				X								Sauda
19/06/20				X								Sauda
20/06/20				X								Sauda
23/06/20				X								Sauda
24/06/20				X						X		Sauda
25/06/20			X	X								Sauda

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
09/06/20				X								Martha Rodriguez
10/06/20				/								Martha Rodriguez
11/06/20												Martha Rodriguez
12/06/20				X								Martha Rodriguez
16/06/20				X								Martha Rodriguez
17/06/20				X								Martha Rodriguez
18/06/20				X								Martha Rodriguez
19/06/20				X								Martha Rodriguez
20/06/20				X								Martha Rodriguez
23/06/20				X								Martha Rodriguez
24/06/20			X							X		Martha Rodriguez
25/06/20				X								Martha Rodriguez

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Control Normativa 01800010333  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos <u>José Roberto Meja Castro</u>	Cédula <u>43 970473</u>	Unidad <u>General</u>
--	----------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 100% con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
09/06/20				X									<i>[Signature]</i>
10/06/20				X									<i>[Signature]</i>
11/06/20				X									<i>[Signature]</i>
12/06/20				X									<i>[Signature]</i>
16/06/20				X									<i>[Signature]</i>
17/06/20				X									<i>[Signature]</i>
18/06/20				X									<i>[Signature]</i>
19/06/20				X									<i>[Signature]</i>
20/06/20				X									<i>[Signature]</i>
23/06/20				X									<i>[Signature]</i>
24/06/20				X									<i>[Signature]</i>
25/06/20				X									<i>[Signature]</i>

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO</u>	Cédula <u>12565313</u>	Unidad <u>CONSULTA EXTERNA</u>
---	---------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 100% con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
2/6/2020				X									<i>[Signature]</i>
3/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
4/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
5/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
6/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
8/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
9/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
10/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
11/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
12/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
16/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
16/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
17/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
18/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
19/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
20/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
22/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
23/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
24/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
25/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
26/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
29/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>
30/6/2020		X	X	X									<i>[Signature]</i>

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 018000910303



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	<b>Código</b> 1121925239	<b>Unidad</b> CONSULTA EXTERNA
--	-----------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 666 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Mancueta de seguridad	Carota desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
2 6 2020			X	X		X							
3 6 2020			X	X		X							
4 6 2020			X	X		X							
5 6 2020			X	X		X							
6 6 2020			X	X		X							
8 6 2020			X	X		X							
9 6 2020			X	X		X							
10 6 2020			X	X		X							
11 6 2020			X	X		X							
12 6 2020			X	X		X							
15 6 2020			X	X		X							
16 6 2020			X	X		X							
17 6 2020			X	X		X							
18 6 2020			X	X		X							
19 6 2020			X	X		X							
20 6 2020			X	X		X							
22 6 2020			X	X		X							
23 6 2020			X	X		X							
24 6 2020			X	X		X							
25 6 2020			X	X		X							
26 6 2020													
29 6 2020													
30 6 2020													

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

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



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

<b>ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ</b>	<b>1121914029</b>	<b>CONSULTA EXTERNA</b>
---------------------------------------	-------------------	-------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentario por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1979 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2, 2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Día	Mes	Año	Elementos de Protección Personal								Observaciones	Firma		
			Casco	Botas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon			Bata desechable	Polainas
2	6	2020				X		X						
3	6	2020				X		X						
4	6	2020				X		X						
5	6	2020				X		X						
6	6	2020				X		X						
3	6	2020			X	X		X			X	Recibido P. Social		
9	6	2020				X		X						
10	6	2020				X		X						
11	6	2020				X		X						
12	6	2020				X		X						
15	6	2020				X		X						
16	6	2020				X		X			X	Recibido P. Social		
17	6	2020				X		X						
18	6	2020				X		X						
19	6	2020				X		X						
20	6	2020				X		X						
22	6	2020				X		X						
23	6	2020				X		X						
24	6	2020				X		X			X	Recibido P. Social		
26	6	2020				X		X			X	6/11		
25	6	2020												
29	6	2020												
30	6	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  
 Línea Correo Nacional: 0180001910333  
**VIGILADO**

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> NAIRA GUERRA VARGAS	<b>Cédula</b> 1,121,889,427	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL
---	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polaímas			
24	6	20			X		X				X		
25	6	20			X		X						
26	6	20			X		X						
27	6	20			X		X						

Yo, Naira Guerra Vargas Identificado (a) con CC: 1.121.889.427, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polaímas			
24	6	20			X		X					Gorro quirurgico	
25	6	20			X		X						
26	6	20			X		X						

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

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23				X		X						Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
25				X		X							<i>[Signature]</i>
26				X		X							<i>[Signature]</i>
27				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.

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

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

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

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

Yo, Yadira 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 Atención al Cliente: 01800019033  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
HAIDIVY ROMERO BERNAL	52,776,902	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			
23 6 20				X		X			X			Gorro quirurgico	
25 6 20				X		X							
26 6 20				X		X							
27 6 20				X		X							

Yo, Haidivy Romero Identificado (a) con CC: 52776902, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	1,122,120,131	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			
23 6 20				X		X			X			Gorro quirurgico	
24 6 20				X		X							
25 6 20				X		X							
26 6 20				X		X							
27 6 20				X		X							

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

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23	6	20			X		X					Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
24	6	20			X		X						<i>[Signature]</i>
25	6	20			X		X						<i>[Signature]</i>
26	6	20			X		X						<i>[Signature]</i>
27	6	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.

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	<b>Cédula</b> 1120498277	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16	6	2020			X	X	X				X	TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>[Signature]</i>
17	6	2020											<i>[Signature]</i>
18	6	2020			X		X						<i>[Signature]</i>
19	6	2020											

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
DIANA MARCELA SANCHEZ	1120364043	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable		
16		X	X	X	X	X			X	TAPABOCA N95 SIN VALVULA LA CARETA ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	
17				X		X					
18				X		X					
19				X		X					

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	40449526	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable		
16		X		X	X	X			X	TAPABOCA N95 SIN VALVULA LA CARETA ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	
17				X		X					
18				X		X					
19				X		X					

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



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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	
16	6	2019			X		X			X			<i>Lu Esperanza</i>
17	6	2019			X		X						<i>Lu Esperanza</i>
18	6	2019			X		X						<i>Lu Esperanza</i>
19	6	2019			X		X						<i>Lu Esperanza</i>

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

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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	
16	6	2019			X	X	X		X		TAPABOCA N95 SIN VALVULA		<i>Hernan R</i>
17	6	2019			X		X						<i>Hernan R</i>
18	6	2019			X		X						<i>Hernan R</i>
19	6	2019			X		X						<i>Hernan R</i>

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 Atención al Ciudadano: 01800010333  
 Línea de Atención al Cliente: 01800010332  
**VIGILADO**



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Vigilado



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

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sarmiento Milbany Carolina	471440972	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	Manga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23 06 2020			1		1							Careta reutilizable	Milbany
23 06 2020	1												Milbany

Yo, Milbany Sarmiento Identificado (a) con CC: 471440-972, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Cediel Patiño Natalia	118570378	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	Manga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 05 2020	X											Careta con mascarilla reutilizable	Natalia Cediel
<del>25 05 2020</del>													
21 05 2020	X												Natalia Cediel
08 06 2020	X				1								Natalia Cediel
23 06 2020			1		1							Careta reutilizable	Natalia Cediel

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



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

Apellidos y Nombres Completos <b>Charrys Yurley Vanessa</b>	Cédula <b>1090015590</b>	Unidad <b>Asistencial</b>
--	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 05 2020	X											Tiene mascarilla reutilizable sin válvula/guantes de nitrilo.	C Charrys
21 05 2020					X								
26 05 2020								X					C Charrys
28 -05 2020								X					C Charrys
01 -06 2020	2												C Charrys
11 06 2020	3			5	1							Guantes a disponibilidad	C Charrys
23 06 20				5								Batas	C Charrys
25 06 20					1							N95 sin válvula	C Charrys

yo, Charrys Vanessa Charis Gomez identificado (a) con CC: 1090015590, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <b>Duarte Santos Cesar</b>	Cédula <b>1047438183</b>	Unidad <b>Asistencial</b>
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 06 20	4			4								Días 16, 17, 18, 19.	C Duarte
23 06 20	5			5	1							Días: 23, 24, 25, 26, 27	MD

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ruiz Aely Vanesa	1010201040	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Carata desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
13/06/20	4			4							Días 16, 17, 18, 19	
23/06/20	5			5	1						Días 23, 24, 25, 26, 27	

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

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

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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-06-20	Jody Patricia Ovalle	Enfermería Jefe Tunia	Senny Gabriela Gutierrez

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

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-05-20	Clara Rodríguez	Aux Calidad Túndia	Jenny Gabriela Botero M

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

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

<b>TOTAL</b>	11	1	3
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	91.5%		

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-06-20	Johana Bosigada	Asistente Admin Tajá	Jenny Gabriela Gutierrez

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

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

<b>TOTAL</b>	9	3	3
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	75%		

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26-05-20	Fanny Astral Nino	Medico general Tulla	Jenny Gabriela Estrada

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-06-2020	Sandra Torres	Medico General Furia	Jenny Gabriela Botero

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

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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-06-2020	Maria Cecilia Rodriguez	Línea de Frente Turjia	Jenny Gabriela Estremera

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

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

<b>TOTAL</b>	11	1	3
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	91.5%		

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-05-20	Doris Mayorga Rojas	Aux administrativa Túnez	Jenny Sabuela extremeña

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

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

<b>TOTAL</b>	12	0	3
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-06-20	Joel Parra	Medico general Tajá	Jenny Estrella Gutierrez

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-06-20	Luz Amparo Ayala	Medico General Turija	Jenny Schmidt Estreng

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/06/2020	DEISY YANETH GARCIA	AUX ADMON/ MONQUIRA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/06/2020	MARCELA NARVAEZ	MEDICO GENERAL / MONIQUIRA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/06/2020	LEIDY JASMITH SAENZ RUIZ	AUX. DE ENFERMERIA / MONQUIRA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

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

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25/ 06 /2020	Melissa Pupo M.	Ases. General	Jenny Cabreza Gutierrez

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

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

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

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



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTHI027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
29/06/2020	Daniela Castro	Asubterecal	Jenny Saldada Estreza

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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3/06/2020	Diana Cortés	Consultas	Armando Domínguez

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

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

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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25 Junio/20	Mery Camelo	Linea Front	Fanny Carcedo

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

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

<b>TOTAL</b>	11	4
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	73.3%	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Normativa 01800010333  
 Linea Control Normativa 01800010333  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-06-2020	Fanny Caicedo	Garcapoa	Mery Cameo

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES

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

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

<b>TOTAL</b>	14	1	0	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			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
25/06/2020	MARIA PAULA CAMPOS	ASISTENCIAL	DEISY LILIANA ESTEVES

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, mánofáfas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		uso de protección respiratoria
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del area de trabajo debido a contingencia covid-19
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			Aunque no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>	15	1	0
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%		

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



<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>		F(GTH)027
		Version: 1
		02-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25/06/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO	ADMINISTRATIVA	DEISY LILIANA ESTEVES

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

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.		X		uso de protección respiratoria
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	realiza labor administrativa
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	realiza labor administrativa
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			aunque no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación u instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Los uñas los conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	realiza labor administrativa

<b>TOTAL</b>	11	1	3
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	90%		

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 INSPECCIÓN
24/06/2020	Deisy Pado Tolibila	Administrativa	Aura Cristina Landano Quintero

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

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
24/06/2020	Ara Milena Poo.	Administrativa	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	CALIFICACION DEL EVALUADOR:			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			uso de tapabocas permanente.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			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.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)			X	
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/06/2020	Yamile Sabogal	Asistencial	Aura Cristina Londono D.

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			lavado de manos y uso de tapabocas permanentes
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (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 General de Asesoría Jurídica  
 Calle Cometa No. 100 - Bogotá, D.C.  
 Teléfono: (57) 01 2600910333  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/06/2020	Juan Camilo Puente	Asistencial	Aura Cristina Londono O

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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 pueden generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			se recomienda al 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.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/06/2020	Blanca Lo Carvajal	Asistencial	Aura Cristina Lombro Quiras

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/05/2020	Maria Emilia Aguero	Asistencial	Aura Cristina Lombro Quera

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/06/2020	Aneclia Larroza	Asistencial	Aura Cristina Landero 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			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o 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 y lavado de manos permanente.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	32	0	3	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/06/2020	Sandra Varela	Administrativa	Ara Cristina Londono D.

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
24/06/2020	Guly Beltran	Administrativa	Aura Cristina Londono O.

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/06/2020	Yuly Rojas	Asioteccal	Auxil Cristina Lombardo Quenas

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/06/2020	Gina Karina Arango	Asistencial	Aura Cristina Lombro 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
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Lavado de manos permanente y uso de toallas con permanente
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	12 0 3
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/06/2020	Diego Bocanegra	Administrativa	Aida Cristina Lardero Ocañas

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

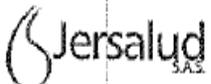
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES: FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Uso de tapabocas permanente.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos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

TOTAL	8	0	7	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora Operativa de Atención D.C.  
 Línea Control Nacional: 01800019030  
**VIGILADO**



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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25/05/2020	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

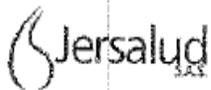
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25/06/2020	ANA MARGARITA ZAMBRANO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

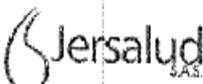
Calificación del evaluador: Marcar con una (X) según si su calificación es: C=Cumple NC= No cumple NA= No aplica

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

<b>TOTAL</b>	12	1	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	92%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





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

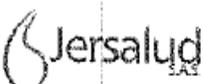
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25/06/2020	JOSE ROBERTO MEJIA	CONSULTORIO 1	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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



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

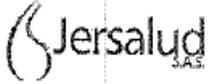
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
25/06/2020	MARLY GARCIA	FARMACIA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

No	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		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 suficientes.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25/06/2020	MARITZA DIAZ	LABORATORIO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

<b>TOTAL</b>	13	1	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

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



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

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/06/2020		MARTHA RODRIGUEZ		MEDICO		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/06/2020		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			
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/06/2020		LILIANAN ROJAS		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/25/2020	DIANA SANCHEZ	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/25/2020	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
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	

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/25/2020	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
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 prácticas de seguridad)			x	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/25/2020	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	

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/25/2020	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
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 prácticas de seguridad)			x	

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/25/2020	OLINDA MURILLO	LINEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 0180001910333  
**VIGILADO**



**5.2.5 Inspección uso de elementos de protección personal sede Acacias**

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/06/2020		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			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			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 traje antes de salir de la institución		
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			Se deja constancia y soporte en formato		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>	
					80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>	
					95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/06/2020		LILIANA FONSECA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			Se deja constancia y soporte en formato		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			Socialización de circulares de obligatorio cumplimiento y capacitación por plataforma moodle		
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			Uso de gorro en tela y/o desechable de manera permanente		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			Se recomienda mantener uñas cortas		
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
<b>TOTAL</b>		15	0	0	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/06/2020		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			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Uso de bata institucional y/o overol personal		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda retirar EPP antes de salir de la institución		
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			Se deja constancia y soporte en formato		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			Uso permanente de gorro tela y/o desechable		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
<b>TOTAL</b>		15	0	0	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/06/2020		ALEJANDRA PIRABAN		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA YARGAS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo cuenta con monogafas para uso cuando tengan usuarios presenciales, en el momento modalidad de trabajo teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Personal que no realiza procedimientos sin embargo tienen disponible caja de guantes latex por si amerita uso		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	Sin embargo funcionaria de 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			Se deja constancia y soporte en formato		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			recomienda no maquillar uñas o usar esmaltes translucidos		
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
<b>TOTAL</b>		12	0	3	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b>		100%			<b>0% - 80%</b>	<b>NO CUMPLIDO</b>	
<b>(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)</b>					<b>80% - 94%</b>	<b>ACEPTABLE</b>	
					<b>95% - 100%</b>	<b>SOBRESALIENTE</b>	

Página 1



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/06/2020		HAIDIVY ROMERO		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	Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo cuenta con monogafas para uso cuando tengan usuarios presenciales en el momento		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Personal que no realiza procedimientos sin embargo tienen disponible caja de guantes latex por si amerita uso		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	Sin embargo funcionaria de 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			Se deja constancia y soporte en formato		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			Se recomienda maquillaje en uñas color traslucido o en lo posible no maquillar		
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
<b>TOTAL</b>		12	0	3	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
25/06/2020		YADIRA TORO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Se acepta el uso de overol 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			Se deja constancia y soporte en formato		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			Uso de gorro tela y/o desechable		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			Se recomienda mantener uñas cortas, maquillaje de uñas color translucido o en lo posible no maquillar		
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
<b>TOTAL</b>		15	0	0	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23-06-2020	Natalia Cediel	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Casanare Nacional: 08000191030  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23-06-2020	Milbany Sarmiento	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-06-2020	Cesar Duarte	Asistencial	Yrella Gonzalez

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comercio Nacional, 0100019100037  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-06-2020	Kelly V. Ruiz	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de 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
24-06-2020	Henry D. Uva	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			Med. General.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)	X		/	

TOTAL:	14	0	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de 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
25-06-2020	Ricardo G. Oballeo	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	14	0	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO: (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019030  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-06-2020	Yonessa Charis	Asistencial	Yobella Comales

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala 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
26-06-2020	Karen Solano	Administrativo	Yoella Gonzalez

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 0 800 017030  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-06-2020	Johana Rincón	Administrativa	Ysella Gonzalez

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Axiliar 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	X		
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	

TOTAL:	9	1	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93,3%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea 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
25-06-2020	Arllyn Ramirez	Administrativa	Yoella Gonzalez

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

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

TOTAL:	9	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO: (Puntaje Total cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 0180001910303  
**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
26-06-2020	Oscar Jimenez	Asistencial	Psicologo

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

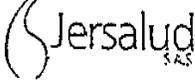
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Psicologo
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	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

TOTAL	8	0	7
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Central Nacional: 01800019030  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-06-2020	Lorena Arias	Administrativa	Ysella Gonzalez -

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

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

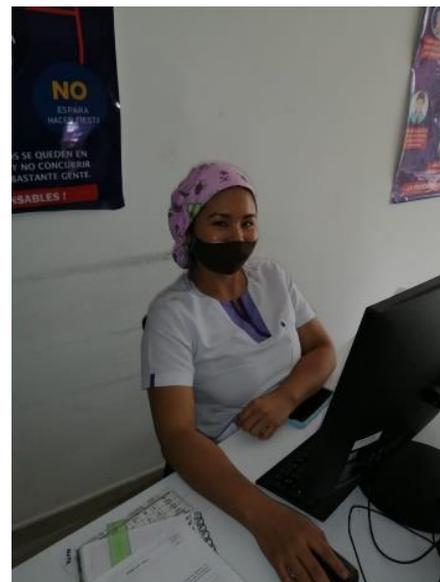
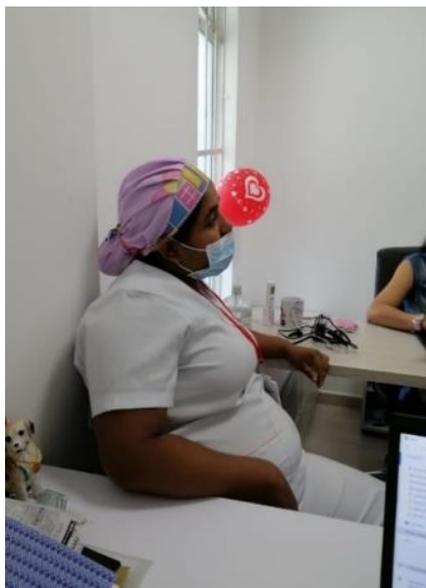
TOTAL	8	2	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	86,67%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800019030  
**VIGILADO**



### 5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal



**VIGILADO**  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 01800091030

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



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





**6. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES**

**6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá**

**6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antituberculosos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
25/06/20	Ledy Jimenez	Aux odont.	odontola.	NO	NO	35.9.	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy I	
25/06/20	Monica Flaco	Medico	C.EXT	NO	NO	36.2.	NO	NO	NO	NO	NO	Monica I	
25/06/20	Luz Marina Mojica	Medico	C.EXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Luz I	
25/06/20	Aspid Alino	Medico	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Aspid I	
25/06/20	Sandra Toro	Medico	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra I	
25-6-20	Yolby Cuvalle	Enfermera	C.EXT	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Yolby I	
25-6-2020	Alfreda Montano	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Alfreda I	
25-6-20	Jan Posseca	Psicologo	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jan I	
25-06-20	Graciela	odontologica	odontologica	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Graciela I	
25/6/20	Joel R	MD	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Joel I	
25/06/20	John Lora	MD	C.EXT	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	John I	
25/06/20	Isabel Plana	MD	C.EXT	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel I	
25/06/20	Georgina Gomez	Medico	C.EXT	NO	NO	36.52	NO	NO	NO	NO	NO	Georgina I	
25/06/20	Monica Flaco	Medico	C.EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Monica I	
25-06-20	Sara G. Mora	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sara I	
25/6/20	Aspid Alino	Medico	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Aspid I	
25/06/20	Luz Mojica	Medico	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Luz I	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antituberculosos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
24/06/2020	Diana Marcela Romo	Aux Adm. Intern	Administración	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Diana S	
24/06/20	Sandra Nelo	Aux. Ext	C.EXT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra S	
24/06/20	Anderson Barea	Administrador	Administración	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson S	
24/6/20	Juan Jose	psicologo	C.EXT	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Juan S	
24/6/2020	David Gomez	Psicologo	Administración	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	David S	
24/06/20	María Rula Reyes	Aux Adm. Int	Administración	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	María S	
24/06/20	Sara G. Mora	Medico	C.EXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Sara S	
24/6/20	John Lora	MD	C.EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	John S	
24/6/20	John Lora	MD	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	John S	
24/6/20	Joel Reyes	MD	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Joel S	
24/6/20	Anderson Nelo	M.D	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson S	
24/06/20	John Lora	MD	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	John S	
24-06-20	María Rodríguez	Aux Adm.	C.EXT	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	María S	
25/06/20	Sandra Nelo	Aux. Ext	C.EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra S	
25-06-20	María Rodríguez	Aux Adm.	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	María S	
25-06-20	Andrea Zepeda Vargas	Aux. Adm. Int	Administración	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea S	
25-6-20	Wanda Rojas	Aux. Adm. Int	Administración	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Wanda S	
25-6-20	Anderson Barea	Aux. Adm. Int	Administración	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson S	
25-06-2020	Alfreda Montano	Med. Gen	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Alfreda S	
25-06-2020	John Lora	MD	C.EXT	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	John S	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Corrala Nacional: 018000190303  
VIGILADO



(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 acetaminófen	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?				
24/06/20	Monica Flores	A. Med.	Cerba.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Andrés Ochoa	Dir. Adm.	C. front.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Andrea Truan	As. Odont.	Odont.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Andrea Zepa	Aux. Admin	AdminCE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Vivian Bruna	As. Admin	C. Ext	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	David Sosa	Odontólogo	Odontología	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Patricia Alva	Medica	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Carolina Villaverde	Medico	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Armando Montañez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Carolina Gamba	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Nubia Vazquez	coord. sede	C. Ext	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	María Victoria	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-6-20	Janet Torres	psicólogo	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Yolanda Rodriguez	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	John Juan Jim	MD	C. Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/6/20	Joel Duran	MD	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/6/20	Patricia Alva	Medico	C. Ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Jose Alfonso	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Dyego Alvarado	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Carolina Montañez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/6/20	John Sarmiento	Medico	C. Ext	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Janet Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Monica Flores	Medico	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Carolina Gamba	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Janet Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

(Jersalud) FIGA003  
Versión 2  
may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?				
23/06/20	Diego Alvarado	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/06/20	Andrea Zepa	Aux. Admin	ADM	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	María Rodriguez	Aux. Adm.	Adm. L.F.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/06/20	Carolina Montañez	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/6-20	Janet Torres	psicólogo	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/6/20	Carolina Gamba	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/6/20	Carolina Gamba	Coord. Sede	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/6/20	Carolina Gamba	Medico	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/06/20	Andrés Ochoa	Dir. Admin	C. front.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/06/20	John Juan Jim	MD	C. Ext	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/06/20	Andrea Zepa	Aux. Admin	AdminCE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/6/20	Joel Duran	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/06/20	Patricia Alva	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/06/20	Carolina Gamba	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Janet Torres	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Carolina Gamba	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Luz Hanna Rojas	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**



Jersalud													FIGAA/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	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	Ondinagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
23-01-20	Vladimir Berrón	Medico	C.EXT	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	Flavio Quintanilla	Medico	C. Externo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	Luz Maria Holsa	Medico	C. exte	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	Blanca Nubia Y	Enf.	C. Ext.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/6/20	Janet Boscá	Psicólogo	C. ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/6/20	John Sanchez	Quirófano	C. Ext	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	Monica Flaca	Medico	C. exta	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	Luz Marina M	Medico	C. ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/6/20	Joel Durán	MD	C.EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/6/20	John Sanchez	Quirófano	C.EXT	NO	NO	37.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/6/20	Dolores Alamo	Medico	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	John Bar	MD	C. Ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	Isabel Moya	MD	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	Georgina Coronado	Medico	C.EXT	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	Flavio Quintanilla	Medico	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23.06/20	Willy Guevara	M.D	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

Jersalud													FIGAA/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	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	Ondinagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
20/06/20	John Bar	MD	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/6/20	John Bar	psicólogo	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/06/20	Monica Flaca	Medico	C.EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/6/20	Georgina Coronado	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/06/20	Isabel Moya	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/6/20	Dolores Alamo	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/06/20	Sandra Torres	Quirófano	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/06/20	Anderson Chica	Aux. Adm.	C.EXT	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23-6-20	Anderson Chica	C.EXT	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	Sandra Torres	Aux. Adm.	C.EXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	Luz Marina M	Aux. Adm.	ADM	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	Isabel Moya	Aux. Adm.	ADM	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23-6-20	John Bar	MD	—	—	—	35.5	—	—	—	—	—	—	[Firma]	
23/06/20	Monica Flaca	Medico	C.EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/06/20	Isabel Moya	Nutricionista	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23-6-20	Maly P. Ovalle	Enfermera	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/6/20	Sandra Torres	Medico	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/6/20	Dolores Alamo	Medico	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/6/20	Anderson Chica	Aux. Adm.	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
19/06/20	Juan Carlos	Aux. enfer	Ci.EXT	No	No	36.7	No	No	No	No	No	Juan Carlos	
19/06/20	Juan Fonseca	Psico. bogo	C.GAT	No	No	35.9	No	No	No	No	No	Juan Fonseca	
19/06/20	John Lore E	MD	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	John Lore E	
19/06/20	Diego Rojas	As. S.G	Ci.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Diego Rojas	
19/06/20	Anderson Quevedo	Aux. Admin	Ci.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Anderson Quevedo	
19/06/20	Monica Flores	Medico	Cerb	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Monica Flores	
19/06/20	Isabel Flores	Medico	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Isabel Flores	
19/06/20	Andrey Lopez	Aux. Admin	Admince	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Andrey Lopez	
19/06/20	Andrea Fajardo	Aux. Orient.	Odontol.	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Andrea Fajardo	
19/06/20	Orlando Ximo	Medico	C.EXT	No	No	36.0	No	No	No	No	No	Orlando Ximo	
19/06/20	Isabel Flores	Medico	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Isabel Flores	
19/06/20	Fabrizio Gonzalez	Medico	C.EXT	No	No	35.92	No	No	No	No	No	Fabrizio Gonzalez	
19/06/20	Diego Rojas	M.D	C.EXT	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Diego Rojas	
19/06/20	Diego Rojas	Nutricionista	C.EXT	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Diego Rojas	
19/06/20	Diego Rojas	Odontol.	Ci.EXT	No	No	36.7	No	No	No	No	No	Diego Rojas	
19/06/20	Diego Rojas	Medico	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Diego Rojas	
19/06/20	Diego Rojas	M.D	C.EXT	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Diego Rojas	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
19/06/20	Monica Flores	Medico	Cerb	No	No	35	No	No	No	No	No	Monica Flores	
19/06/20	Luz Marina Morica	Medico	C.EXT	No	No	35.1	No	No	No	No	No	Luz Marina Morica	
19/06/20	Carolina Gonzalez	Medico	C.EXT	No	No	35.0	No	No	No	No	No	Carolina Gonzalez	
19/06/20	Orlando Ximo	Medico	C.EXT	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Orlando Ximo	
19/06/20	Diego Rojas	MD	C.EXT	No	No	35.0	No	No	No	No	No	Diego Rojas	
19/06/20	John Lore E	MD	C.EXT	No	No	36.6	No	No	No	No	No	John Lore E	
19/06/20	Diego Rojas	MD	C.EXT	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Diego Rojas	
19/06/20	Isabel Flores	MD	C.EXT	No	No	36.8	No	No	No	No	No	Isabel Flores	
19/06/20	Diego Rojas	M.D	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Diego Rojas	
19/06/20	Diego Rojas	Medico	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Diego Rojas	
19/06/20	Juan Fonseca	Psico. bogo	C.GAT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Juan Fonseca	
19/06/20	Juan Carlos	Aux. enfer	C.EXT	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Juan Carlos	
19/06/20	Diego Rojas	Aux. Admin	Admince	No	No	36.8	No	No	No	No	No	Diego Rojas	
19/06/20	Diego Rojas	M.D	C.EXT	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Diego Rojas	
19/06/20	Diego Rojas	MD	C.EXT	No	No	36.7	No	No	No	No	No	Diego Rojas	
19/06/20	John Lore E	MD	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	John Lore E	
19/06/20	Isabel Flores	MD	C.EXT	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Isabel Flores	
19/06/20	Anderson Quevedo	Aux. Admin	Ci.EXT	No	No	36.7	No	No	No	No	No	Anderson Quevedo	
19/06/20	Diego Rojas	MD	C.EXT	No	No	36.8	No	No	No	No	No	Diego Rojas	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033  
 Línea de Consulta Nacional: 01800091033  
**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 apliquen)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario	
19-06-20	Doris Mayora Rojas	Aux Administrativa	Administración	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Doris I	
19-06-20	Mónica Paola Rojas C.	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Mónica I	
19-06-20	Jenny Gabriela Gutiérrez	Analista SST	Analista SST	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny I	
19-06-20	Claudia Rodríguez	Aux. Colabor	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia I	
19-06-20	Jenny Gabriela Gutiérrez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny S	
20-06-20	Doris Mayora Rojas	Aux Administrativa	Administración	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Doris I	
23-06-20	Jenny Gabriela Gutiérrez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny I	
23-06-20	Doris Mayora Rojas	Aux Administrativa	Administración	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Doris I	
23-06-20	Mónica Paola Rojas C.	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Mónica I	
23-06-20	Claudia Rodríguez	Aux Colabor	Admin	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia I	
23-06-20	Enrique Boscog	Asist Admin	Admin	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Enrique I	
24-06-20	Doris Mayora Rojas	Aux Administrativa	Administración	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Doris I	
24-06-20	Jenny Gabriela Gutiérrez	Analista SST	Admin	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny I	
24-06-20	Mónica Paola Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Mónica I	
24-06-20	Claudia Rodríguez	Aux Colabor	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia I	
24-06-20	Jenny Gabriela Gutiérrez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny S	
25-06-20	Estelinda Gutiérrez	Analista SST	Admin	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Estelinda I	

6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Duitama

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 apliquen)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario	
18-06-20	Glenda Avelar	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Glenda I	
18-06-20	Diana (ELCAO)	AUX ADM	ADM	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diana I	
18-06-20	Diana P. Aceño	Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.9	SI	NO	NO	NO	NO	Diana I	
18-06-20	Lina Avelar	ADM.	Admin.	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Lina I	
18-06-20	Alejandra P	Aux Admin	Admin	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra I	
18-06-20	Hudaly Trana	Aux Admin.	Administ	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Hudaly I	
18-06-20	Paucy Hecolano	MEDICO	ADMIS	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Paucy I	
18-06-20	Quande Betancur	Medico	ADMIS	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Quande I	

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



(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	5/11/20	FIGA003
		Verión 2	
		may-20	
		1 DE 1	

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
18-06-20	Nancy Moya	Medico	Asst	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Alejandra P	Dux Adm	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Ornella Cecilia	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Diana Arco	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.4	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Fredy Pilo S	Medico	Asst	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Lina Higuera	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Glenn Acedo	Coordinador	Asistencia	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Orlando Gutierrez	Medico	Asst	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Entrada

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	5/11/20	FIGA003
		Verión 2	
		may-20	
		1 DE 1	

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
19-06-20	Diana P. Arco	Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.7	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Ornella Cecilia	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Lina Higuera	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Luis Morán	Medico	Asst	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Hidaly Triana	Aux Admini.	Admins	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Alejandra Pineda	Aux Admini	Admins	NO	NO	36.9.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Orlando Gutierrez	Medico	Asst	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Glenn Acedo	Coordinador	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Andrés Fariña	Medico	Asst	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Lima, Oficina Nacional, 01000191033



Salida

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

Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
19-06-20	Juan P. Ramírez	MEDICO	ASISTEN	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Hidalys Triana	Aux Adminis	Administrat	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Diana Cecilia	Aux ADM	ADM	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
19-06-20	Diana P. Acevedo	Enfermera	Asistencia	NO	NO	35,9	SI	NO	NO	NO	NO	Diana P
19-06-20	Angela Fajardo	Medico	Asistid	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
19-06-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Alexandra Pinzon	Aux Admin	Admin	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Orlando Girona	Medico	Asist	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

Entrada

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

Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
20-06-20	Diana P. Acevedo	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36,5	SI	NO	NO	NO	NO	Diana P
20-06-20	Hidalys Triana	Aux Adminis	Administrat	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-06-20	Angela Fajardo	Medico	Asistid	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
20-06-20	Juan P. Ramírez	MEDICO	ASISTEN	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-06-20	Diana Cecilia	Aux ADM	ADM	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
20	Alexandra P	Aux Adm	Admin	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



Salida

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos 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	Falga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
20/06/20	Diana P. Arce	Enfermera	Asisten	NO	NO	36,1	SI	NO	NO	NO	NO	DIANA A.	
20/06/20	Diana Arce	AUX ADMIN	ADMIN	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA C.	
20/06/20	Paula Rumbay	Medico	ASISTEN	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	PAULA	
20-06-20	Hedely Triana	Aux Admini.	Adminis	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Hedely	
20/06/20	Angela Fejo	Medico	Asisten	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	ANGELA	
23/06/20	No												

ENTRADA

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos 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	Falga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
23/06/20	Diana P. Arce	Enfermera	Asistenc	NO	NO	36,4	SI	NO	NO	NO	NO	DIANA A.	
23-06-20	Gloria Arce	Coordinador	Asistenc	NO	NO	37,0	NO	NO	NO	NO	NO	GLORIA	
23-06-20	Hedely Triana	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	Hedely	
23-6-20	Diana Arce	Adm	Admin	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA	
23-6-20	Nancy Moplen	Medico	ASIST.	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NANCY	
23-06-20	Alexandra P	AUX ADM	Admin	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	ALEXANDRA	
23-06-20	Paula Rumbay	Medico	ASIST	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	PAULA	
23-6-20	Angela Fejo	Medico	Asisten	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	ANGELA	
23/06/20	Angela Fejo S.	Medico	Asisten	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	ANGELA	
23-06-20	Hedely Triana	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	Hedely	

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



SALUD

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003
		Versión 2
		mar-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	Ondaloga	Fatiga y Adormida	¿Trabaja en otra entidad?		
23-06-20	Nancy Mopolan	Medico	Asist	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	Hidaly Triana	Aux Admin.	Admin	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	Orlando Gohena	Medico	Asist	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	Gloria Arendaz	Coordinadora	Asistente	NO	NO	37,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	Alejandra P	Aux Adm	Admin	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	Yolanda Torres	Medico	Asistente	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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

ENTRADA

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos 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	Ondaloga	Fatiga y Adormida	¿Trabaja en otra entidad?		
24-06-20	Diana Caceres	Aux adm	ADM	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Kiana Ariagu	Admin	Admin	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Alejandra P	Aux adm	Admin	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Hidaly Triana	Aux Admin.	Admin.	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Gloria Arendaz	Coordinadora	Asistente	NO	NO	37,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Edun Cepeda	Asist IT	Admin	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Nancy Mopolan	Medico Asist	Asisten.	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Yolanda Torres	Medico	Asistente	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Orlando Gohena	Medico	Asist	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Olivera P. Arzu	Enfermera	Asistente	NO	NO	36,5	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 018000910332  
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
												SALUD	
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 esta entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofeje	Falga y Adrenas			
24-06-20	Nancy Megallon	Medico	Asist	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Aleandra Pinzon	Aux Adm	Admin	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Ferdyn Cepeda	ASIS TH	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	DIANA ACEVEDO	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
24/06/20	DIANA ACEVEDO	ENFERMERA	ASISTENC	NO	NO	36.6	SI	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
24/06/20	Angel Fajal	Medico	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-6-20	Lina Arango	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-6-20	Osvaldo Guevara	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Hidalys Trana	Aux Administ	Adminis	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Glenda Aranda	coordinador	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Sogamoso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
												SALUD	
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 esta entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofeje	Falga y Adrenas			
24-06-20	Sandra Malave	Aux Admin	Línea Front	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Dina Romero	Aux Adm	Línea Fronte	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Colina Parra	coordinador	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Sebastián Riva	medico	Cent	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Encarnación Barona	Aux Adm	Serv	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	MILICA AQUINO G.	ENFERMERA	ASISTENC	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	DEISY VARGAS B	aux enfermera	asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-6-20	Cesar Camilo	NO	Cent	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-6-20	Sebastián Riva	Medico	Cent	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Giuseppe Rossi	Medico	Cent	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/06/20	Elián Deago	Medico	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGMA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Temperatura igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adveña	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
23-6-20	Sandra Malaver	Aux. Admón	Línea Front	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-6-20	Olga Romero	Aux. Admón	Línea Front	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-6-20	María Antonia Romero	Aux. Adm	Símb	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/06/20	Sebastián Rivera	Medico	Cent	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/06/20	Deisy Vargas B	aux. enfermera	asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/06/20	MILENA A. QUINTERO	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23.06.20	Deisy Carolina Romero	coord	Admón	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-6-20	Cesar Camillo	AD	CEXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-6-20	Sebastián Rivera	medico	Cent	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/06/20	Yovanis Rodríguez	Medico	CEXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/06/20	Eduardo Rojas	Medico	CEXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGMA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Temperatura igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adveña	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
25-06-20	Olga Romero	Aux. Admón		NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Sebastián Rivera	Medico	Cent	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Deisy Carolina Romero	coordinadora	Admón	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencial	SI	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-6-20	Cesar Camillo	AD	CEXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/06/20	MILENA A. QUINTERO	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-6-20	María Antonia Romero	Aux. Adm	Símb	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-6-20	Sandra Malaver	Aux. Admón	Línea Front	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-6-20	Sebastián Rivera	Medico	Cent	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/06/20	Yovanis Rodríguez	Medico	CEXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06/20	Eduardo Rojas	Medico	CEXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 0 800 091 033  
**VIGILADO**



6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Chiquinquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES				Verificar sistemáticamente (Marcar con una X las condiciones que aplican)								
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Dependencia	¿Está correctamente empleando mascarilla, guantes o protección adecuada?	¿Se lavó las manos frecuentemente con agua y jabón o con alcohol?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en una oficina?	Forma del funcionario
13/06/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
13/06/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy B
13/06/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
13/06/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
13/06/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy B
13/06/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIZAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
13/06/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy B
13/06/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIZAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
13/06/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
13/06/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy B
13/06/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIZAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
13/06/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
13/06/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy B
13/06/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIZAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/06/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13-06-2020	ERIKA SAUCEDO	Medico General	Medico General	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	ERIKA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES				Verificar sistemáticamente (Marcar con una X las condiciones que aplican)								
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Dependencia	¿Está correctamente empleando mascarilla, guantes o protección adecuada?	¿Se lavó las manos frecuentemente con agua y jabón o con alcohol?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en una oficina?	Forma del funcionario
20/06/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
20/06/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
23/06/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
23/06/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
23/06/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy B
23/06/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
23/06/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIZAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
23/06/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
24/06/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
24/06/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
24/06/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy B
24/06/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
24/06/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIZAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
24/06/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
25/06/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
25/06/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
25/06/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy B
25/06/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
25/06/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIZAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
25/06/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley

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



**6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Moniquirá**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA/003
												Versión: 2
												may-20
												1 DE 1
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgi	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
2020-06-19	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-19	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-19	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-19	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-19	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA/003
												Versión: 2
												may-20
												1 DE 1
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgi	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
2020-06-23	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-23	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-23	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-23	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-23	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-23	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	

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



	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 aplica)								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	Odiología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-06-24	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-24	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-24	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-24	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	SI	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-24	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

	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 aplica)								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	Odiología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-06-25	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-25	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36	SI	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-25	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-25	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	SI	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-25	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-25	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Correo Nacional: 01800010303



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Garagoa

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antifebrilís o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
23-06-20	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
23-06-20	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
24-06-20	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
24-06-20	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
25-06-20	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
25-06-20	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antifebrilís o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
19-6-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera Asistencial		No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
19-6-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera Asistencial		No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
23-6-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera Asistencial		No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
23-6-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera Asistencial		No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
24-6-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera Asistencial		No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
24-6-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera Asistencial		No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
25-6-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera Asistencial		No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
25-6-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera Asistencial		No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 0800 91 0333  
 Linea Correo Nacional: 0800 91 0333  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar zoonosis (marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre 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	Ondragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
19/06/20	DIAZ	Enfermera	C-E	NO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO
19/06/20	DIAZ	Enfermera	C-E	NO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO
23/06/20	DIAZ	Enfermera	C-E	NO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO
23/06/20	DIAZ	Enfermera	C-E	NO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO
24/06/20	DIAZ	Enfermera	C-E	NO	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO
24/06/20	DIAZ	Enfermera	C-E	NO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO
25/06/20	DIAZ	Enfermera	C-E	NO	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO
25/06/20	DIAZ	Enfermera	C-E	NO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar zoonosis (marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre 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	Ondragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
14-06-2010	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-2010	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-2010	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-2010	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-2010	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-2010	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-2010	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-2010	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Calle Comandante Villar, 01000170302  
 Vigilado



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Guateque

Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
FIGAA003										
Versión: 1										
abr-20										
1 DE 1										
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)				
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
19-06-20	Daniela Castro	Asis. Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No
19-06-20	Daniela Castro	Asis. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No
23-06-20	Daniela Castro	Asis. Enfermera	Asistencial	No	No	35.6	No	No	No	No
23-06-20	Daniela Castro	Asis. Enfermera	Asistencial	No	No	36.6	No	No	No	No
24-06-20	Daniela Castro	Asis. Enfermera	Asistencial	No	No	37.0	No	No	No	No
24-06-20	Daniela Castro	Asis. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No
25-06-20	Daniela Castro	Asis. Enfermera	Asistencial	No	No	35.6	No	No	No	No
25-06-20	Daniela Castro	Asis. Enfermera	Asistencial	No	No		No	No	No	No

Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
FIGAA003										
Versión: 1										
abr-20										
1 DE 1										
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)				
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
19/06/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio	No	No	35.9	No	No	No	No
19/06/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio	No	No	36.5	No	No	No	No
24/06/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio	No	No	36.4	No	No	No	No
24/06/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio	No	No	36.6	No	No	No	No
27/06/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio	No	No	35.9	No	No	No	No
27/06/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio	No	No	36.5	No	No	No	No
27/06/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio	No	No	35.7	No	No	No	No
27/06/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio	No	No	36.4	No	No	No	No
28/06/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio	No	No	36.8	No	No	No	No
28/06/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio	No	No	36.6	No	No	No	No

Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
FIGAA003										
Versión: 1										
abr-20										
1 DE 1										
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)				
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
19/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.5	No	No	No	40/10/10
19/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.9	No	No	No	40/10/10
20/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.8	No	No	No	40/10/10
20/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.6	No	No	No	40/10/10
23/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.8	No	No	No	40/10/10
23/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.6	No	No	No	40/10/10
24/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	37.0	No	No	No	40/10/10
24/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.8	No	No	No	40/10/10
25/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.2	No	No	No	40/10/10
25/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No		No	No	No	40/10/10

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Guateque: 0600010333  
 Línea Central: 0600010332  
**VIGILADO**



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Soatá

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	Ondifagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
24-06-20	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	DESY LUJANA ESTEVES MARTINEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	DESY LUJANA ESTEVES MARTINEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	DESY LUJANA ESTEVES MARTINEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	DESY LUJANA ESTEVES MARTINEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	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 acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondifagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
19-06-20	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	DESY LUJANA ESTEVES MARTINEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	DESY LUJANA ESTEVES MARTINEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	DESY LUJANA ESTEVES MARTINEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	DESY LUJANA ESTEVES MARTINEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



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

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y cargo del trabajador	Cargo	Área de Atención	Está correctamente vacunado contra la gripe A/B	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado por PCR o serología	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adormilamiento	¿Trabaja en una cabina?	Firma del responsable
26-06-20	Avalandoso	Analista S.S.T	Admon	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Laura Pinto	Aprendiz Secc	Admon	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Luz Dary Ramirez	Aux. Ambiente	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Patricia Camargo	Aux. Ambiente	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y cargo del trabajador	Cargo	Área de Atención	Está correctamente vacunado contra la gripe A/B	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado por PCR o serología	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adormilamiento	¿Trabaja en una cabina?	Firma del responsable
26-06-20	Johanna Cordoba	Médico General	Asistencial	NO	SI	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Ruth Mary Bagueo	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Cesar Guerrero	Médico Familiar	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Angelina Larraona	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Maria Camila Gomez	Obstetra	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Marcela Morales	Obstetra	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Adriana Lorena Rey	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Yeny Gutierrez	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Yaritza Rivera	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Judy Cuestas	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Paola Galindo	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Martha Soler	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Diana Gonzalez	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Jennifer Meloncon	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Nancy Nino	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Yerison Marin	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Diana Mejia	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Alp2 Saldad Lino	Coord. Sede	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Sandra Perabosa	Posterior-Calidad	Admon	SI	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Diany Lorena Duark	Gerente	Admon	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Yessica Canon	Asistente Admon	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Nichol Navarro	Analista Pacho	Admon	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Karen Meb	Jefe Trabajo Hum	Admon	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



Jersalud												FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FORMA 003 Versión 2 May 20 1 de 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Ingreso	Está vacunado contra la gripe A/B o sarampión	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado o sospechoso por casos cercanos	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra ciudad?	Firma del funcionario		
25-06-20	Sebastian Falla	Auxiliadora	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian Falla		
25-06-20	Laura Pinto	Atención de Emergencia	Admon	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Laura Pinto		
25-06-20	Olga Saldad Linares	COVID asistencia	Admon	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Olga Saldad		
25-06-20	Alexandra Ferral	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra Ferral		
25-06-20	Blanca la Cruz	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca la Cruz		
25-06-20	Ruthmary Baquero	Sepe de Emergencia	Asistencial	SI	SI	36.	NO	NO	NO	NO	NO	Ruthmary Baquero		
25-06-20	Abriliana brera Rey	Tecnóloga de Salud	Asistencial	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	Abriliana brera		
25-06-20	Amanda Acuña	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Amanda Acuña		
25-06-20	Sandra Penalosa	Sepe Calidad	Admon.	SI	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Penalosa		
25-06-20	Angie Carreño	Aux. Calidad	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Angie Carreño		
25-06-20	Fernando Medina	Biomedico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Fernando Medina		
25-06-20	Aura Cristina Lopez	Analista SST	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Aura Cristina Lopez		
25-06-20	Mery Romero	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Mery Romero		
25-06-20	Katherine Chingale	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine Chingale		
26-06-20	Wendy Garton	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy Garton		
26-06-20	Diego Baccarega	Aux. Administrativo	Admon	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Baccarega		
26-06-20	Paola Tulibila	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Tulibila		
26-06-20	Sandra Varela	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Varela		
26-06-20	Aura Milena Diaz	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Aura Milena Diaz		
26-06-20	Yuly Beltran	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly Beltran		
26-06-20	Darwin Gomez	Médico General	Asistencial	SI	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	Darwin Gomez		
26-06-20	Yuly Rojas	Médico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	SI	NO	SI	Yuly Rojas		
26-06-20	José Romero	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	José Romero		

Jersalud												FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FORMA 003 Versión 2 May 20 1 de 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Ingreso	Está vacunado contra la gripe A/B o sarampión	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado o sospechoso por casos cercanos	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra ciudad?	Firma del funcionario		
25-06-20	Joviana Cordoba	Medico General	Asistencial	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Joviana Cordoba		
25-06-20	Marcela Morales	Aux. Odontología	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Morales		
25-06-20	Mara Camila Gomez	Odontología	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Mara Gomez		
25-06-20	Flor Alba Castro	Odontología	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Alba Castro		
25-06-20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly Sanchez		
25-06-20	Patricia Camargo	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia Camargo		
25-06-20	Luz Dury Ramirez	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Dury Ramirez		
25-06-20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny Gutierrez		
25-06-20	Yarlines Rivera	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Yarlines Rivera		
26-06-20	Angelica Larramendi	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Angelica Larramendi		
25-06-20	José Adolfo Riano	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	José Adolfo Riano		
25-06-20	Maria Navarrete	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Navarrete		
25-06-20	Diana Luz Villalobos	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Luz Villalobos		
25-06-20	Paola Galindo	Sepe. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Galindo		
25-06-20	Greice Tellez	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Greice Tellez		
25-06-20	Liliana Chacon	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Chacon		
25-06-20	Mary Romero	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Mary Romero		
25-06-20	Diego Baccarega	Aux Admon.	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Baccarega		
25-06-20	Katherine Chingale	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine Chingale		
25-06-20	Maria Jose Bonilla	Asistente TI	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Jose Bonilla		
25-06-20	Yessica Canon	Asistente Admon	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Yessica Canon		
25-06-20	Karen Melo	COVID Admon.	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Karen Melo		
25-06-20	Victor Navarro	Ambiente físico	Admon.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Victor Navarro		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030  
Línea de Atención al Cliente: 01800091030  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está consultado por síntomas respiratorios o gastrointestinales	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por seriedad por nueva coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en sitio crítico?	Firma del Responsable
24-06-20	Gracia, Jolka	Aux. enferme	Asistencia	no	no	36.6	no	no	no	no	no	
24-06-20	Milana Chacon	bacteriologa	Asistencia	no	no	36.4	no	no	no	no	no	
24-06-20	Maly Romero	AUX. Laboral	Asistencia	no	no	35.5	no	no	no	no	no	
24-06-20	Diego Bocanegra	Aux. Admin	Admin.	no	no	37.2	no	no	no	no	no	
24-06-20	Dante Curro	Aux. calidad	Admin.	no	no	36.6	no	no	no	no	no	
24-06-20	Diany Duarte	Gerente	Admin.	no	no	37.2	no	no	no	no	no	
24-06-20	Aurora Londoño	Analista SST	Admin.	no	no	36.4	no	no	no	no	no	
24-06-20	Marta Bonilla	Asistente TI	Admin.	no	no	36.4	no	no	no	no	no	
24-06-20	Mary Pinche	Aprendiz sera	Admin.	no	no	36.5	no	no	no	no	no	
24-06-20	Sharon Fuller	Aux factura	Admin.	no	no	36.7	no	no	no	no	no	
24-06-20	Karen Melo	Jefe Admin	Admin	no	no	37.1	no	no	no	no	no	
24-06-20	Yessica Caron	Asistente Adm	Admin	no	no	36.4	no	no	no	no	no	
24-06-20	Mor Alba Castro	Odontologa	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Juan Camilo	Medico General	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	
24-06-20	Udmit Sabaga	Medico General	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	
25-06-20	Windy Gaitan	Aux. enfermeria	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Aira Milena Paez	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Guly Beltran	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Guly Rojas	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	SI	NO	SI	
25-06-20	Gina Arango	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Cesar Guerrero	Medico familiar	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Paola Tubillo	Aux. Admon.	Admon	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
26-06-20	Sandra Varela	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está consultado por síntomas respiratorios o gastrointestinales	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por seriedad por nueva coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en sitio crítico?	Firma del Responsable
24-06-20	Wendy Gaitan	Aux. enfermeria	Asistencia	no	no	36.9	no	no	no	no	no	
24-06-20	Sandra Rosca	Jefe calidad	Asistencia	SI	no	37	no	no	no	no	no	
24-06-20	Paola Galindo	Jefe enfermeria	Asistencia	no	no	35.9	no	no	no	no	no	
24-06-20	Aura Paez	Aux Admin	Admin	no	no	36.7	SI	no	no	no	no	
24-06-20	Sandra Varela	Aux. Admin	Admin	no	no	36	no	no	no	no	no	
24-06-20	Guly Beltran	Aux. Admin	Admin.	no	no	36.3	no	no	no	no	no	
24-06-20	Guly Rojas	Medico	Asisten	no	no	36.6	no	no	no	no	SI	
24-06-20	Kiana Arango	Medico	Asistencia	no	no	36.7	no	no	no	no	no	
24-06-20	Marela Moron	Aux Odonto	Asistencia	no	no	36	no	no	no	no	no	
24-06-20	Cesar Guerrero	Medico	Asistencia	no	no	36	no	no	no	no	no	
24-06-20	Angela Larrea	Medico	Asistencia	no	no	36.5	no	no	no	no	SI	
24-06-20	Jovanna Cerde	Medico	Asistencia	no	SI	36.1	no	no	no	no	no	
24-06-20	Amila Gomez	odontologa	Asistencia	no	no	36.3	no	no	no	no	no	
24-06-20	Milly Sanchez	Higienista	Asistencia	no	no	36.1	no	no	no	no	no	
24-06-20	Sandra Rey	nutricista	Asistencia	no	no	36.6	no	no	no	no	no	
24-06-20	Patricia Canavaj	Aux. Ambiente + SST	Asistencia	no	no	36.1	no	no	no	no	no	
24-06-20	Leidy Ramirez	Aux. Ambiente + SST	Asistencia	no	no	36.3	no	no	no	no	no	
24-06-20	Jose Romero	psicologo	Asistencia	no	no	36.3	no	no	no	no	no	
24-06-20	Adriana Rey	trabajo social	Asistencia	no	no	36.3	no	no	no	no	no	
24-06-20	Maria Navarro	Aux. enfermeria	Asistencia	no	no	37	no	no	no	no	no	
24-06-20	Johana Urrego	Aux. Ambiente + SST	Asistencia	no	no	36	no	no	no	no	no	
24-06-20	Jenny Gutierrez	Aux. enfermeria	Asistencia	no	no	36.5	no	no	no	no	no	
24-06-20	Yuliana Suarez	Aux. enfermeria	Asistencia	no	no	36.3	no	no	no	no	no	

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

**VIGILADO**



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Validación epidemiológica (Formación con la X las variables que faltan)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está vacunado contra el sarampión o la rubéola	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para aislamiento por nuevo caso	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adormilamiento	¿Trataje un caso similar?	Plano del funcionario
23-06-20	Carolina Téllez	Aux. enfermera	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina Téllez
23-06-20	Merly Romero	Aux. laboratorio	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Merly Romero
23-06-20	Katherine Chingote	Aux. laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine Chingote
23-06-20	Liliana Chacon	Bióloga	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Chacon
23-06-20	Alexandra Parra	Aux. laboratorio	Asistencia	NO	SI	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra Parra
23-06-20	Olga Salazar Linares	Coord. Asistencia	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Olga Salazar Linares
23-06-20	Sandra Penalosa	Seje Calidad	Admon.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Penalosa
23-06-20	Angie Carrero	Aux. Calidad	Admon.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Angie Carrero
23-06-20	Diany Duarte	Gerente	Admon.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Diany Duarte
23-06-20	Sebastian Fuller	Aux. facturación	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian Fuller
23-06-20	Edron Melo	Coord. Admon.	Admon.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Edron Melo
23-06-20	María José Bonilla	Asistente TI	Admon.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	María José Bonilla
23-06-20	Victor Navarro	Aprendiz SGA	Admon.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Victor Navarro
23-06-20	Laura Pinto	Aprendiz SGA	Admon.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Laura Pinto
23-06-20	Aura Cristina Landa	Analista SST	Admon.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Aura Cristina Landa
23-06-20	Johana Ortega	Ambiente f	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Johana Ortega
23-06-20	Carole Sobogal	Médico Gen	Asistencia	NO	NO	36.46	NO	NO	NO	NO	NO	Carole Sobogal
23-06-20	Conrado Marín	Médico Gen	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Conrado Marín
23-06-20	Juan Ponce	Médico Gen	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Juan Ponce
23-06-20	Camila Gomez	Odonólogo	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Camila Gomez

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Validación epidemiológica (Formación con la X las variables que faltan)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está vacunado contra el sarampión o la rubéola	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para aislamiento por nuevo caso	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adormilamiento	¿Trataje un caso similar?	Plano del funcionario
19-06-20	Katherine Chingote	Aux. admn	Admon.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine Chingote
23-06-20	Windy Gaitan	Aux. enfermera	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Windy Gaitan
23-06-20	Bianca lo Carvajal	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Bianca lo Carvajal
23-06-20	Diego Becerra	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Becerra
23-06-20	Aura Milena Roca	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Aura Milena Roca
23-06-20	Sandra Varela	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Varela
23-06-20	María Navarro	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	María Navarro
23-06-20	Jovanca Corcobal	Médico General	Asistencia	SI	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jovanca Corcobal
23-06-20	Goley Rojas	Médico General	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Goley Rojas
23-06-20	Cesar Guerrero	Médico Familiar	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Guerrero
23-06-20	Angelica Linares	Médico General	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Angelica Linares
23-06-20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly Sanchez
23-06-20	Marcela Morales	Aux. Odontología	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Morales
23-06-20	María Camila Gomez	Odonólogo	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	María Camila Gomez
23-06-20	Alba Castro	Odonólogo	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Alba Castro
23-06-20	Luz Olga Ramirez	Ambiente físico	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Olga Ramirez
23-06-20	Patricia Camargo	Ambiente físico	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia Camargo
23-06-20	José Adolfo Romero	Psicólogo	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	José Adolfo Romero
23-06-20	Paola Caliendo	Seje Enfermería	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Caliendo
23-06-20	Adriana Linares	Trabajadora social	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Linares
23-06-20	Rothmary Baquer	Seje. Enfermería	Asistencia	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Rothmary Baquer
23-06-20	Jenny Gutierrez	Aux. enfermera	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny Gutierrez
23-06-20	Dina Luz Villalobos	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Dina Luz Villalobos

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Central Nacional: 0800010303  
VIGILADO



**6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA003	
											Versión: 1	
											06/20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sistematizada (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	Odonlogía	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	
16/6/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	DEIGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/6/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/6/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HEBIENTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	JAVIER HERRERA	RESENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	SOMIA BORDRUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	EUGALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA003	
											Versión: 1	
											06/20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sistematizada (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	Odonlogía	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	
17/6/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	DEIGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17/6/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17/6/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HEBIENTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	JAVIER HERRERA	RESENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	SOMIA BORDRUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	EUGALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA-003	
											versión: 1	
											del 20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desarrollo	Verificar seroseroología (Marcar con una X las variables que aplica)								
				Está consumiendo medicamentos antituberculosos o acetaminofén	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
18/6/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	DIEGO BARRON	MÉDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/6/2020	HERNAN RAMOS	MÉDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/6/2020	MARIAN CASTRO	MÉDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	IRENE DAMERA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	SONIA RODRIGUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	AURORA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA-003	
											versión: 1	
											del 20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desarrollo	Verificar seroseroología (Marcar con una X las variables que aplica)								
				Está consumiendo medicamentos antituberculosos o acetaminofén	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
18/6/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	DIEGO BARRON	MÉDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/6/2020	HERNAN RAMOS	MÉDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/6/2020	MARIAN CASTRO	MÉDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	IRENE DAMERA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	SONIA RODRIGUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	AURORA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, 18 de Junio del 2020. 016000190302  
**VIGILADO**



**6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
23/06/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO		
23/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO		
23/06/2020	Imna Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI		
23/06/2020	Haidiv Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI		

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
24/06/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO		
24/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO		
24/06/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI		
24/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI		
24/06/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO		

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
25/06/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO		
25/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO		
25/06/2020	Imna Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI		
25/06/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI		
25/06/2020	Haidiv Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI		
25/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI		
25/06/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO		

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



**6.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											FIGA003	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
10-06-20	Sandra Páez	Enferm	PUP	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Páez
11-06-20	Sandra Páez	Enferm	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Páez
12-06-20	Sandra Páez	Enf.	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Páez
16-06-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Páez
17-06-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Páez
18-06-20	Sandra Páez	Enf.	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Páez
19-06-20	Sandra Páez	enf	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Páez
20-06-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Páez
23-06-20	Sandra Páez	enf	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Páez
24-06-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Páez
25-06-20	Sandra Páez	enf.	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Páez

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											FIGA003	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
12-06-20	Martha Rodríguez	Medico	Cons. 1	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Martha Rodríguez
16-06-20	Martha Rodríguez	Medico	cons. 1	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Martha Rodríguez
17-06-20	Martha Rodríguez	Medico	cons. 1	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Martha Rodríguez
18-06-20	Martha Rodríguez	Medico	cons. 1	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Martha Rodríguez
19-06-20	Martha Rodríguez	Medico	cons. 1	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Martha Rodríguez
20-06-20	Martha Rodríguez	Medico	cons. 1	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Martha Rodríguez
23-06-20	Martha Rodríguez	Medico	cons. 1	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Martha Rodríguez
24-06-20	Martha Rodríguez	Medico	cons. 1	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Martha Rodríguez
25-06-20	Martha Rodríguez	Medico	cons. 1	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	Martha Rodríguez

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGRA003 Versión 2 23-06-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar autometría (Marcar con una X las variables que apliquen)									
				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 caso entidad?	Firma del funcionario	
10-06-20	Jitana Lopez	A. Enf	Atención al cliente	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Jitana Lopez	A. Enf	Atención al cliente	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12-06-20	Jitana Lopez	A. Enf	Atención al cliente	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-06-20	Jitana Lopez	A. Enf	Atención al cliente	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17-06-20	Jitana Lopez	A. Enf	Atención al cliente	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18-06-20	Jitana Lopez	A. Enf	Atención al cliente	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Jitana Lopez	A. Enf	Atención al cliente	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
20-06-20	Jitana Lopez	A. Enf	Atención al cliente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23-06-20	Jitana Lopez	A. Enf	Atención al cliente	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Jitana Lopez	A. Enf	Atención al cliente	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Jitana Lopez	A. Enf	Atención al cliente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

**6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGRA003 Versión 2 23-06-20 1 DE 1	
Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar autometría (Marcar con una X las variables que apliquen)										
			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 caso entidad?	Firma del funcionario		
LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ROSALI MANTALA VELAZQUEZ	EPIDEMIOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ANA MARGARITA ZAMBRANO	ALUX ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
JOSE ROBERTO MESA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ROMME CABRERA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ROSALI MANTALA VELAZQUEZ	EPIDEMIOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ANA MARGARITA ZAMBRANO	ALUX ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
JOSIE ROBERTO MESA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ROMME CABRERA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ROSALI MANTALA VELAZQUEZ	EPIDEMIOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ANA MARGARITA ZAMBRANO	ALUX ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
JOSE ROBERTO MESA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ROMME CABRERA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
MARITZA CASZ	AUX LABORATORIO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ROSALI MANTALA VELAZQUEZ	EPIDEMIOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ANA MARGARITA ZAMBRANO	ALUX ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
JOSE ROBERTO MESA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ROMME CABRERA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ROSALI MANTALA VELAZQUEZ	EPIDEMIOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ANA MARGARITA ZAMBRANO	ALUX ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO		

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





Salida

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar (ritmo/síntoma) (Marcar con una X las variables que apliquen)								Firma del funcionario
				Está constantemente vacunado contra la gripe o influenza	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?	
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	R. Cruz
	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
23-06-20	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	R. Cruz
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	R. Cruz
23-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
23-06-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	R. Cruz
23-06-20	Maria Natalia Cediell	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	R. Cruz
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
23-06-20	ANGELA TORRES	Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	R. Cruz
23-06-20	Sandra Parra	Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	R. Cruz

Entrada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar (ritmo/síntoma) (Marcar con una X las variables que apliquen)								Firma del funcionario
				Está constantemente vacunado contra la gripe o influenza	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?	
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
20-06-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Henry Dario Uva
20-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny Johana Rincon Nocua
20-06-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Oscar Hernando Jimenez Rojas
20-06-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
20-06-20	Maria Natalia Cediell	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
20-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
20-06-20	ANGELA TORRES	Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	R. Cruz

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corredor Nacional: 01800019103030

**VIGILADO**



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 apliquen)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oligoanalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra red(es)?	
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NG
24-06-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	SI
24-06-20	Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI
24-06-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	SI
24-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Doralba Piegrope Ser Denecis	Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	ANGELA TORRES	Asistencial	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	NON DARIO KENAI					36.1						

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 apliquen)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oligoanalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra red(es)?	
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	SI
24-06-20	Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	SI
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	Sandra Lorena Arias	Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
24-06-20	ANGELA TORRES					36.6						
24-06-20	Sandra Lorena Arias					36.4						

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000190382  
**VIGILADO**



Entrada

(Jersalud) /

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

FIGURA 003  
Versión: 2  
may 20  
1 de 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está concurrendo medicamente satisfactorios o aceptables		Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)							Firma del funcionario
				NO	SI	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	(Trabaja en esta entidad?)				
25-06-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-6-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Doraibon Prespoco Sa. Benardes	Asistencial	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Angela Torres	Asistente Administrativo	Asistencial	NO	NO	37.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A MT
25-06-20	Franciney	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Non Dario He	Med. familiar	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

Salida.

(Jersalud) /

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

FIGURA 003  
Versión: 2  
may 20  
1 de 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está concurrendo medicamente satisfactorios o aceptables		Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)							Firma del funcionario
				NO	SI	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	(Trabaja en esta entidad?)				
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
25-06-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-06-20	Fran Dario					36.5									
25-06-20	Sandra I Z					36.5									
25-06-20	Angela					36.5									
25-06-20	Doraibon					35.6									

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



Entrada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Carga	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o sintomáticos	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 Afectado
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19-6-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
19-6-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
19-6-20	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	
19-06-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	SI	
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	SI	
19-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19-06	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Angela Torres	Aux. de apoyo Asistencial	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Sandra Lopez	Odonatología Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	

Salida

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Carga	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o sintomáticos	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 Afectado
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16-06-20	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	SI	
19-06-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	
19-06-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	
19-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Sandra Lopez	Odonatología Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Carolina Diaz	Atención General Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
19-06-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



Salida Labor

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Este concurrido medicamentos antiparasitarios o antidiaréticos	Ha tenido contacto estrecho con caso sospechoso para enfermar por nuevo contagio	Filtro igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis/legía	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en una cabaña?	Firma del funcionario
08-06-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Yurleys Vanessa Charry	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Yoriz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Oscar Hernandez Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Sandra Suarez	que Odontol	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Angela Torres	Aux Odontol	Asistencial	NO	NO	35,0	NO	NO	NO	NO	NO	

Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Este concurrido medicamentos antiparasitarios o antidiaréticos	Ha tenido contacto estrecho con caso sospechoso para enfermar por nuevo contagio	Filtro igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis/legía	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en una cabaña?	Firma del funcionario
26-06-20	Cesar Duarte Santos			NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	
26-06-20	Arlin Ramirez Parra			NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	
26-06-20	Kelly Vanessa Ruiz			NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	
26-06-20	Ysella Gonzalez			NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	
26-06-20	Yoriz Socha			NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	
26-06-20	Mafu Lozano			NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	
26-06-20	Oscar Hernandez			NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	
26-06-20	Angela Torres			NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	
26-06-20	Karen Ayala			NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	
26-06-20	Vanessa Charry			NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 018000191333  
**VIGILADO**



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

REPORTE DE TRABAJADORES SINTOMAS COVID -19 PALATFORMA 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
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:13:55	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:14:24	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:15:51	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:16:29	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:41:17	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:45:47	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:46:51	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 11:16:18	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:58:18	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:03:21	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUEQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 10:57:18	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 10:59:40	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:27:25	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUEQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 12:16:40	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 12:20:04	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 12:25:15	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:04:12	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:07:02	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUEQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 11:57:39	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 11:58:30	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:29:59	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:33:46	CC	52963532	SALAMANCA	ROJAS	MONICA	FERNANDA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:35:04	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:39:50	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:31:25	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:35:06	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUEQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 10:08:48	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 10:25:50	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:13:43	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:14:19	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUEQUIRA	NO



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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:19:52	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 14:22:37	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/06/2020 06:35:15	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:51:45	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 09:01:22	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 15:38:43	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/06/2020 12:02:27	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 12:03:07	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/06/2020 12:03:22	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 12:10:47	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:17:29	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:19:38	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 13:00:58	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/06/2020 13:04:24	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 06:54:31	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 10:26:24	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/06/2020 10:39:59	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	19/06/2020 10:49:37	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:26:14	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:28:39	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/06/2020 13:57:31	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 13:58:30	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 14:23:55	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 14:24:14	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 14:27:02	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/06/2020 14:37:37	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 14:59:43	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/06/2020 15:20:33	CC	1121960259	CLAVIJO	FERRO	KAREN	ESTEYSI	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/06/2020 15:20:49	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	19/06/2020 15:21:12	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 13:18:18	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 13:22:16	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 13:23:58	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 13:29:58	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:49:09	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 09:53:42	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO

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

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



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



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



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/06/2020 17:36:50	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 17:37:14	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 07:12:09	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 19:50:46	CC	1122237190	NEIRA	ROJAS	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 19:51:34	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 20:34:49	CC	1123403310	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 12:44:16	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/06/2020 07:14:56	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/06/2020 07:21:40	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/06/2020 07:24:31	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/06/2020 11:32:46	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/06/2020 11:33:56	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/06/2020 06:58:32	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 07:04:19	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 06:40:50	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 18:15:21	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/06/2020 18:21:30	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 18:42:01	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 14:38:24	CC	1043000119	PATÍÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/06/2020 14:39:19	CC	1045688991	RODRIGUEZ	ESCOBAR	MARTHA	INES	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 14:41:37	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/06/2020 08:15:06	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 19:19:39	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 12:02:54	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 12:02:54	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/06/2020 12:11:22	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 10:50:03	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/06/2020 23:31:26	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 05:14:24	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 15:58:34	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 01:28:09	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:45:28	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 08:47:08	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/06/2020 09:30:15	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 18:42:55	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/06/2020 11:19:45	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO

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

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



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



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



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/06/2020 11:30:06	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	20/06/2020 11:31:00	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 22:48:59	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	20/06/2020 10:25:11	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 10:32:01	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/06/2020 10:47:37	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/06/2020 14:06:17	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 14:09:23	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 14:13:34	CC	1010182835	PUNTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	20/06/2020 08:06:44	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	20/06/2020 21:50:17	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	20/06/2020 22:28:05	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	20/06/2020 23:19:20	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/06/2020 00:09:50	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/06/2020 16:01:07	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/06/2020 16:02:46	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 16:03:30	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/06/2020 17:25:00	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/06/2020 11:31:51	CC	1045688991	RODRIGUEZ	ESCOBAR	MARTHA	INES	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	20/06/2020 11:49:25	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	21/06/2020 19:29:53	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	21/06/2020 19:32:04	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 05:50:51	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/06/2020 09:02:55	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/06/2020 17:07:52	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	22/06/2020 06:11:49	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/06/2020 07:34:04	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/06/2020 07:38:57	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 07:40:01	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/06/2020 08:34:19	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/06/2020 15:54:32	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 09:04:28	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/06/2020 12:01:00	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/06/2020 12:31:44	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/06/2020 15:24:50	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 08:38:25	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000190382

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



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



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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/06/2020 17:12:36	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	22/06/2020 17:25:13	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 12:29:07	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 12:50:05	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/06/2020 12:51:41	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/06/2020 10:22:12	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/06/2020 19:33:14	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 20:31:01	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 21:19:12	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:18:59	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/06/2020 09:49:07	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	20/06/2020 10:02:12	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/06/2020 10:04:54	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 08:42:31	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/06/2020 18:31:06	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/06/2020 18:35:49	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:53:58	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:54:15	CC	1052410687	CEPEDA	HIGUERA	EVELYN	LUCIA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/06/2020 17:51:24	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 08:12:32	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 08:12:39	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	23/06/2020 08:15:22	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/06/2020 17:35:40	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:12:57	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:15:28	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:15:58	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/06/2020 18:04:28	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 08:53:46	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 09:00:03	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/06/2020 09:00:52	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:20:10	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:24:41	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:24:48	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:27:16	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/06/2020 20:34:03	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	22/06/2020 21:20:20	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO

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

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



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



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



NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 12:10:22	CC	1118550591	SOLANO	AYALA	KAREN	LIZETH	CASANARE	YOPAL	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 12:22:40	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:57:47	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 10:59:33	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 11:03:23	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 11:04:35	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/06/2020 10:24:16	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 09:06:38	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 09:14:12	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 16:01:54	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/06/2020 20:43:03	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/06/2020 05:30:55	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 09:38:11	CC	1010201040	RUIZ	TORRES	KELLY	VANESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 17:05:29	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:31:52	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 12:49:09	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 12:53:01	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/06/2020 13:04:50	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	22/06/2020 10:43:28	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/06/2020 11:04:37	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/06/2020 08:03:13	CC	1123088758	GONZALEZ	NOVOA	BELKI	NATALY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	23/06/2020 10:45:53	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 06:58:14	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/06/2020 09:40:16	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 17:33:28	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 17:34:36	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/06/2020 06:53:14	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 10:06:41	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 10:08:52	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 18:05:43	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 10:13:59	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 10:24:01	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 10:26:03	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	23/06/2020 18:45:57	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 15:14:24	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	23/06/2020 15:34:10	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO

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

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



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



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



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/06/2020 15:35:16	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 15:36:40	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 13:17:32	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 13:26:32	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 13:42:56	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 13:55:21	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/06/2020 08:47:36	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUEQUIRA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 08:48:29	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 14:58:29	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:07:17	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/06/2020 18:44:40	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	22/06/2020 18:59:07	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	23/06/2020 11:52:55	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 22:55:27	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 11:26:25	CC	1123403310	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 11:33:07	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 05:33:10	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	24/06/2020 05:45:45	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 17:49:54	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 17:50:12	CC	1007449166	CARRERÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 17:50:30	CC	40330585	PEÑALOZA	MORA	SANDRA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 17:56:42	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 11:04:53	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 11:08:03	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 21:24:28	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 21:39:44	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	21/06/2020 20:07:11	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/06/2020 21:19:38	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	23/06/2020 06:19:24	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:27:42	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 12:29:07	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:05:56	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 09:35:07	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 09:35:27	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 16:09:11	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/06/2020 16:14:53	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO

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

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



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



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



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:35:00	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	24/06/2020 10:26:00	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:28:35	CC	1118574733	SOCHA	BARRETO	YORZ	JAKSON	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:29:12	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:30:40	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:30:40	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	23/06/2020 17:08:33	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:43:06	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 10:46:16	CC	1118550591	SOLANO	AYALA	KAREN	LIZETH	CASANARE	YOPAL	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 10:55:31	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 08:58:25	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 09:02:01	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 09:04:02	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 09:05:24	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/06/2020 21:50:23	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 21:54:57	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 13:47:31	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 13:49:37	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:31:42	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 13:03:02	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 13:03:37	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 13:07:37	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:09:59	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:13:19	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:14:20	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 16:30:37	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:41:10	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:43:09	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 07:46:16	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 18:25:13	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 18:23:44	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:58:32	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 12:40:59	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 12:42:20	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 13:52:00	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDÓÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 13:57:08	CC	1010182835	PUNTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO

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

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



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



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



CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	24/06/2020 14:09:43	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/06/2020 14:12:05	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 13:10:56	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 06:18:04	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 14:52:40	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/06/2020 14:53:54	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 17:58:43	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 11:13:52	CC	1049615437	ARAQUE	SOSA	JULIETH	ELIANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 11:37:10	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 11:41:17	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 19:38:12	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/06/2020 20:06:03	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 11:44:23	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 12:12:32	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 14:54:23	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 14:55:15	CC	1043000119	PATÍÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	24/06/2020 14:56:45	CC	1045688991	RODRIGUEZ	ESCOBAR	MARTHA	INES	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	24/06/2020 14:57:17	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 16:41:51	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 16:42:36	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 16:53:43	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 16:56:53	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:16:29	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:17:29	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 07:23:11	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 19:56:00	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 12:14:35	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 09:42:58	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/06/2020 17:32:59	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	24/06/2020 17:34:19	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 09:06:58	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 20:27:07	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	24/06/2020 12:51:14	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 12:53:00	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 10:36:16	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 11:01:45	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO

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

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

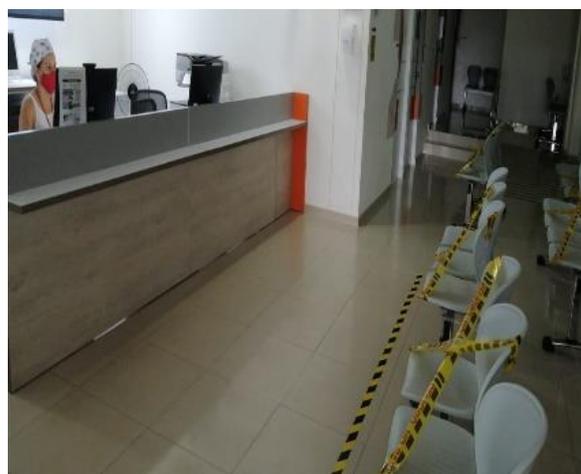


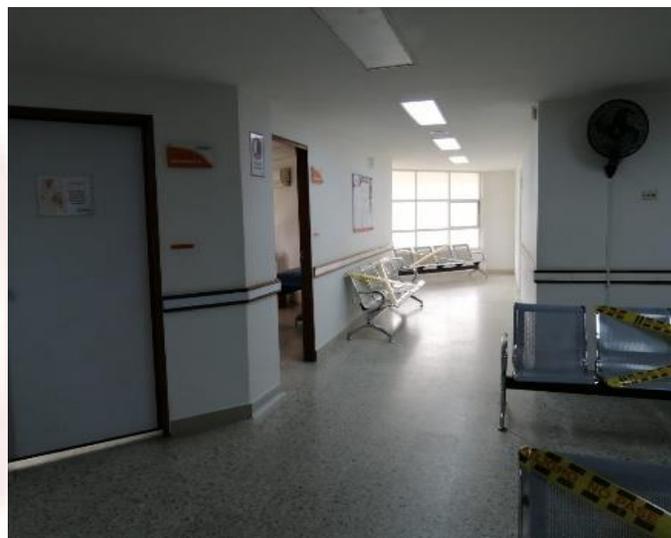
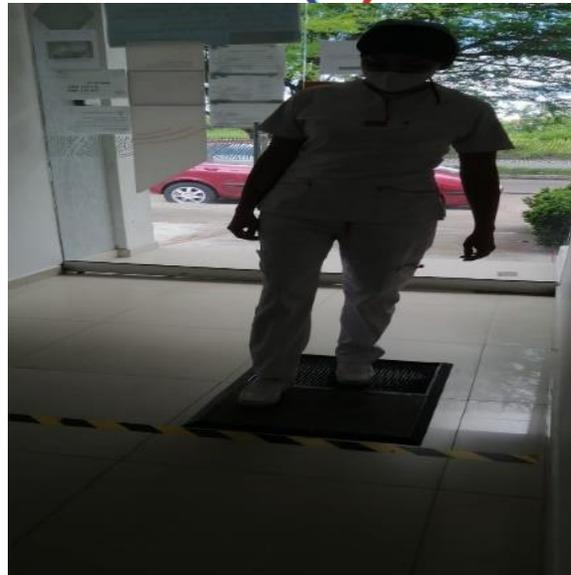
**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/06/2020 14:15:57	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 14:21:03	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	24/06/2020 15:02:08	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 15:13:45	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/06/2020 23:01:32	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 08:36:15	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 11:41:42	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/06/2020 18:25:32	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/06/2020 18:41:53	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/06/2020 18:52:08	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO

## 6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad







**VIGILADO**  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 0 800 091 0303

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



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



## 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 JUNIO 25 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	150	10	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	150	TALLA M 300 TALLA S 500	50	20	6
2	JERSALUD SAS - SOGAMOSO	100	15	3 MONOGAFAS - 3 CARETAS	80	TALLA M - 500	70	20	3
3	JERSALUD SAS - TUNJA	230	15	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	250	TALLA M - 400	160	20	7
4	JERSALUD SAS - CHIQUINQUIRA	260	13	3- MONOGAFAS - 3 CARETAS	210	TALLA M 800	40	20	3
5	JERSALUD SAS - MONIQUIRÁ	100	10	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	120	TALLA S - 100	40	20	2
6	JERSALUD SAS - GARAGOA	100	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	120	TALLA M 130	20	20	2
7	JERSALUD SAS - GUATEQUE	100	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	150	TALLA M 150	20	20	2
8	JERSALUD SAS - SOATA	80	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	150	TALLA S - 120	40	20	2
9	JERSALUD SAS - ALMACEN	600	55	0	100	TALLA S = 700 - TALLA M=600	200	100	45

#### 7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JUNIO 25 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	8000	05	5	120	130 TALLA M – 160 TALLA S	45	180	16
2	JERSALUD SAS - PUERTO GAITAN	02	06	3	21	35 TALLA M	10	46	2
3	JERSALUD SAS - PUERTO LOPEZ	15	06	3	32	35 TALLA M	25	45	2
4	JERSALUD SAS - GRANADA	35	08	7	32	78 TALLA M	33	50	2
5	JERSALUD SAS - ACACIAS	33	09	5	33	75 TALLA M	35	50	2



### 7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JUNIO 25 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS – YOPAL	187	19	1	110	23	60	39	5

## 7.2 Proyección adquisición EPP

### 7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
BOYACÁ	KIT PARA CITOLOGIA	UNIDAD	90
BOYACÁ	ALCOHOL - GALON	UNIDAD	4
BOYACÁ	CONOS PARA OTOSCOPIO	UNIDAD	442
BOYACÁ	ASEPTISIDINA (PROASEPSIS) BOLSA X 1000 ML PARA DISPENSADOR	UNIDAD	18
BOYACÁ	ASEPTISIGEL (PROASEPSIS) BOLSA X 1000 ML PARA DISPENSADOR	UNIDAD	18
BOYACÁ	APLICADORES EN MADERA	UNIDAD	300
BOYACÁ	TAPABOCAS N 95	UNIDAD	5
BOYACÁ	CONOS DE OTOSCOPIO (REPETIDO)	UNIDAD	0
BOYACÁ	SABANAS PARA CAMILLA	UNIDAD	110
BOYACÁ	GUANTES LATEX TALLAS (REPETIDO)	UNIDAD	1000
BOYACÁ	GUANTES LATEX TALLAM	UNIDAD	2200
BOYACÁ	LIDOCAINA EN JALEA AL 2%	UNIDAD	7
BOYACÁ	LIDOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA	UNIDAD	12
BOYACÁ	ENZIGER GALON	UNIDAD	2
BOYACÁ	MEGROPORE DE 2 PULGADAS - COLOR PIEL	UNIDAD	2
BOYACÁ	SOLUCION ESTERIL X 100 CM	UNIDAD	13
BOYACÁ	JERINGA POR 5CM	UNIDAD	300
BOYACÁ	ISOPRANIN ANTISEPTICO	UNIDAD	900
BOYACÁ	GUARDIAN 2,9 LT	UNIDAD	5
BOYACÁ	BATAS MANGA LARGA	UNIDAD	650
BOYACÁ	CINTA ALTURA UTERINA	UNIDAD	2
BOYACÁ	TAPABOCAS CONVENCIONAL	UNIDAD	2500

FIRMAS	
NOMBRE CARGO	SOLICITADO POR:
NOMBRE CARGO	APROBADO POR:

374 8920

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



7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta

	<b>SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA</b>
--	--

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 20/05/2020

UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA		
CENTRO DE COSTO			
UBICACIÓN			
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
8	APLICADORES DE ALGODÓN	PQUETE X 20U	10
11	COMPRESAS	BOLSA	2
14	CURAS REDONDAS	CAJA	1
16	EQUIPO MACROGOTEO	UNIDAD	10
21	FIXIMURT	NA	2
23	GASAS ESTERIL	PQUETE X 24U	40
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	5
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	30
30	GUANTES QUIRURGICOS	TALLA 7,5 CAJA	3
31	GUANTES DE VYNILO	TALLA M CAJA	10
36	JERINGAS X 10CC	CAJA	6
39	JERINGAS X 60 CC -CAJA X 20 UNIDADES	CAJA	6
40	JERINGAS X 5CC	CAJA	1
49	TAPA BOCAS	CAJA	30
50	TAPA BOCAS N95	CAJA	15
52	TORUNDAS	PQUETE	1
54	VENDAS ELASTICAS	BOLSA	20
58	ALCOHOL GALON	GALON	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO	30
64	JABON QUIRURGICO	FRASCO X 120 ml	10
66	JABON ANTIBACTERIAL	500 ml	30
69	SOLUCION SALINA 0,9% x500 ML	BOLSA	30
70	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	10
81	SONDA NELATON # 8		200
82	SONDA NELATON # 10		150
83	BURETROL		10
85	BAJALENGUAS PLASTICO	AQUETE X 20 UNIDADES	7
86	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADUL	TALLA M	15
88	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA CORTA TALLA M		20
89	OVEROL ANTIFLUIDOS TALLA M		20
90	TAPABOCAS N95		20
91	BISOR		4
92	MONOGAFAS		4
93	BROMURO DE IPRATROPIO	SOLUCION PARA INHALACION	3
94	ISOPOS DE MADERA	PAQUETE X20 UN	10

FIRMAS	
SOLICITADO POR	
FIRMA	
NOMBRE	<i>Andrés Torres Pizarro</i>
CARGO	<i>Asistente de farmacia, Atención domiciliar</i>
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	<i>FELICIA CARRERA</i>
CARGO	<i>Asistente Admin</i>
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 02000910303  
 VIGILADO



	<b>SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA</b>
--	--

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 29/05/2020

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

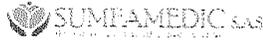
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
1	AGUJA HIPODERMICA 18GX1	CAJA	3
9	BAJA LENGUAS	CAJA 500 UNIDADES	1
10	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA X 10U	170
12	CONOS PARA OTOSCOPIO ADULTO	PAQUETE X 34U	5
13	CONOS PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO	PAQUETE X 34 U	10
14	CURAS REDONDAS	CAJA	4
25	GORROS	BOLSA X 100U	11
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	12
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	12
32	GUARDIAN GRANDES	RECOLECTOR	14
33	GUARDIAN PEQUEÑO	RECOLECTOR	14
34	HOJAS DE BISTURY	CAJA	2
35	JERINGAS X 10CC	CAJA	2
38	JERINGAS X 5CC	CAJA	2
45	SABANAS	90X2	30
47	TAPA BOCAS	CAJA X 50U	9
48	TAPA BOCAS N95	UNIDAD	100
49	TIRAS MARCA GLUCOQUICK	CAJA X50U	5
57	ALCOHOL GALÓN	GALON	6
65	LIDOCAINA AL 1% TAPA VERDE	FRASCO	2
66	LIDOCAINA AL 2% TAPA AZUL	FRASCO	2
67	SOLUCION SALINA 0,9% 500ml	BOLSA	20
68	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	20
71	CIDEX OPA	GALON	2
78	GAFAS	NA	10

FIRMAS	
FIRMA	
NOMBRE	OLGA SOLEDAD
CARGO	Enfermera Especialista en Admón. en Salud T.P 50-0190/97 Y en Salud T.P 0656/2010
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	JESSICA CAPOM
CARGO	Asistente Admin.
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

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



**7.2.3 Proyección adquisición EPP 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

**Nº: 2281**

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

Fecha de factura: 2020-06-19  
 Vendedor:  
 Centro de costo: 0  
 Cotización: C-1-388

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
✓ 1	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	20.00	4,800.00	0 %	0 %	96,000.00
✓ 2	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	40.00	4,200.00	0 %	0 %	168,000.00
✓ 3	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	1.00	67,000.00	0 %	0 %	67,000.00
✓ 4	EQUI-201120118	ROXICAINA 2% SIMPLE S/EPINEFRINA FCO X 50 ML ROPSHON	1.00	12,900.00	0 %	0 %	12,900.00
✓ 5	PIN-KE-AMA	PINZA KELLY CURVA X14 CM	1.00	9,500.00	0 %	0 %	9,500.00
✓ 6	156481	TAPASOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	8.00	20,000.00	0 %	0 %	160,000.00
✓ 7	COM-12	PILA DE 3 VOLTIOS RAYOVAC LITHIUM CR2032	5.00	3,500.00	19 %	0 %	20,825.00

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

**Valor en Letras:**

Quinientos treinta y cuatro mil doscientos veinticinco pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-08-18 por \$ 534,225.00

Total Bruto	530,900.00
IVA 19%	3,325.00
<b>Total a Pagar</b>	<b>534,225.00</b>

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

**SUMFAMEDIC S.A.S.**  
 Brindamos salud y bienestar.  
 NIT. 901222681-7  
 Calle 9 No. 14-68 Neiva - Huila

*[Firma]*  
 Firma recibida

23-06-2020

U. B.





LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

1 1



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>

[diana.daza@positiva.gov.co](mailto:diana.daza@positiva.gov.co)

[https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA\\_FB.jpg](https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_FB.jpg)

[https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA\\_TW.jpg](https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_TW.jpg)

[https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA\\_YT.jpg](https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_YT.jpg)

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



### ACUSE RECIBIDO

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

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

Número de Consecutivo: **000123**



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

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

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

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

Para: [piEDAD.angarita@boyaca.gov.co](mailto:piEDAD.angarita@boyaca.gov.co) <[piEDAD.angarita@boyaca.gov.co](mailto:piEDAD.angarita@boyaca.gov.co)>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <[GerenciaBoyaca@jersalud.com](mailto:GerenciaBoyaca@jersalud.com)>; Coordinacion Sogamoso <[Coord.Sogamoso@jersalud.com](mailto:Coord.Sogamoso@jersalud.com)>; [prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com](mailto:prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com) <[prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com](mailto:prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com)>

Asunto: manual de contingencia IPS Jersalud Boyacá

Cordial saludo

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

Cordialmente

**Mónica Salamanca R.**

Profesional de Garantía de la Calidad.

Jersalud S.A.S Boyacá.



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 quiere ser desahogado, se le prohíbe divulgar esta información. Si recibió este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y destruirlo de su sistema.

### 11.2 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Meta



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



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 remitor.

Adjunto documentos.

Quedo atenta a comentarios.

*Sandra Patricia Peñaloza Mora*  
Enfermera Profesional Calidad  
IPS Jersalud SAS Meta

### 11.3 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Casanare

PLAN DE CONTINGENCIA

✓ Ocultar historial de mensajes

**De:** CoordCalidad.Yopal Jersalud  
**Enviado:** miércoles, 29 de abril de 2020 15:36  
**Para:** regsubsidiado yopal casanare <regsubsidiado@yopal-casanare.gov.co>; coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>; Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>  
**Asunto:** PLAN DE CONTINGENCIA

Buen día envió plan de contingencia con las correcciones solicitadas por secretaria de salud.  
Agradezco atención prestada quedo atenta.

**KAREN LIZETH SOLANO AYALA**  
Profesional de Calidad  
Sede Yopal-Casanare  
3213805455

^ Ocultar historial de mensajes





## 12. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

### 12.1 Link de ingreso publicación informe Bioseguridad en pagina web Jersalud S.A.S

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20JUNIO.pdf>

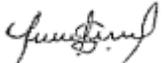
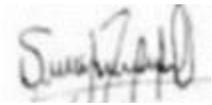
<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20JUNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20JUNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20JUNIO.pdf>



**Aprobación**

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe administrativa y de talento humano Boyacá Presidente Comité COPASST	
Karen Emilia Melo González	Jefe administrativa y de talento humano Meta Secretaria Comité COPASST	
Ysella González Cuevas	Asistente administrativo, talento humano y SST Casanare Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Olga Soledad Linares	Coordinadora de sede Meta Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Sonia Yaneth Ruiz García	Auxiliar administrativo Boyacá Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	
Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	

