

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

**Del 25 al 29 de  
Mayo 2020**

**1. REUNION COPASST MAYO SEMANA 4 Del 25 AL 29 DE MAYO DE 2020**

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

**1.2 Evidencia Acta 008 de Mayo 2020 Semana 4**

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

<b>ACTA N° 008 DE 2020</b>					
<b>REUNIÓN EXTRAORDINARIA</b>					
<b>DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN</b>					
<b>COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:</b>		Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST			
LUGAR: Jersalud Tunja, Villavicencio y Yopal					
<b>FECHA:</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AA</b>	<b>HORA INICIO</b>	<b>HORA FINALIZACION</b>
	28	05	20	09:00a.m	09:35a.m
MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

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

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

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000190332  
 Línea de Consulta Nacional: 018000190332



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

### 1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)

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

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

Por lo anterior se verifica que la totalidad de los miembros convocados asistió a la reunión por lo cual hay QUORUM

Como invitada a la reunión se encuentra asesora de ARL Positiva Diana Vivian Daza Mosquera

### 2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR

La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #007 de mayo de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.

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

#### COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	SEGUIMIENTO (% de cumplimiento)	OBSERVACIONES
Descargar reporte condiciones de salud sintomatología COVID 19	Analistas SST	Todos los jueves durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	Reporte informe plataforma ALISSTA	100%	



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

plataforma ALISSTA						
Enviar informe a Ministerio de trabajo sobre medidas de bioseguridad COVID -19	Miembros COPASST  Secretaria Comité COPASST	Todos los Viernes durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	Evidencia envío correo a Ministerio de trabajo con informe de bioseguridad	100%	
Realizar reunión semanal COPASST durante el tiempo que dure la emergencia COVID-19	Analistas SST	Todos los jueves durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	F(GC) 002 Formato acta de reuniones	100%	

#### 4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

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

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

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

SI



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

2. ¿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

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

SI

4. ¿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

5. ¿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

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? *Evidencia: Cantidad de EPP en inventario y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir*

SI

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? *Evidencia: Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.*

SI



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

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

ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DE ELABORACIÓN
Realizar seguimiento envío de elementos de protección personal EPP por parte de ARL Positiva	Analistas SST	28/05/2020

4.4 El día 27/05/2020 se realizó ajuste de Manual de bioseguridad y Manual de limpieza y desinfección en conjunto de profesionales de calidad, analistas SST Y coordinadoras administrativas y de talento humano en el cual se incluye los protocolos y procedimientos a tener en cuenta durante la pandemia de COVID -19, estos ya fueron aprobados por calidad nacional y por las gerencias de cada regional por lo tanto ya estará disponible en la plataforma SHARE POINT

4.5 Teniendo en cuenta la actual emergencia por COVID -19 es importante tener en cuenta la actualización y modificación de los siguientes documentos los cuales deben estar alineados con los requerimientos legales y técnicos definidos por los entes de control, documentos tales como: Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo, actualización Matriz requisitos legales, actualización Matriz de peligros y valoración de los riesgos, actualización Plan de emergencias, actualización Matriz de Elementos de Protección Personal, protocolos de bioseguridad según el requerimiento de las circulares, adicionar y modificar el plan anual del SG-SST, revisión de las personas que conforman la empresa frente a las condiciones de salud para COVID -19, diligenciamiento diario de la Autoevaluación de Síntomas COVID-19 ( disponible software ALISSTA), gestión del cambio. Debido a lo anterior se debe replantear plan de trabajo anual del SG-SST incluyendo estas actividades, se realizará actualización de este.

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.



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

5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Enviar correo a ARL Positiva para seguimiento de envío EPP'S	Analistas SST	28/05/2020	Jersalud	Evidencia envío correo a ARL	
Actualización plan de trabajo anual	Analistas SST	02/06/2020	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	Plan anual de trabajo SST Firmados	
Enviar informe a Ministerio de trabajo sobre medidas de bioseguridad COVID -19	Miembros COPASST Secretaria Comité COPASST	Todos los Viernes durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	Evidencia envío correo a Ministerio de trabajo con informe de bioseguridad	
Realizar reunión semanal COPASST durante el tiempo que dure la emergencia COVID-19	Analistas SST	Todos los jueves durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	F(GC) 002 Formato acta de reuniones	

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

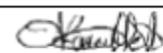
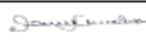
PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADOS DE ASISTENCIA FIRMADOS F(GI)012 FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		



1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Mayo Semana 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

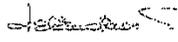
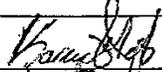
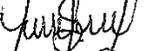
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 008 de 2020					
FECHA: 28/05/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:35a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admin y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24219746	Sonia Yaneth Ruiz 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					



1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 008 de 2020					
FECHA: 28/05/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:35 a.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					

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303



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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL			
<b>TIPO DE REUNIÓN:</b> Comité			
<b>TEMA TRATADO:</b> COPASST Reunion extraordinaria Acta 008 de 2020			
<b>FECHA:</b> 28/05/2020		<b>HORA DE INICIO:</b> 09:00 a.m	<b>HORA DE FINALIZACIÓN:</b> 09:35a.m
<b>LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL:</b> Jersalud Nacional			
<b>EXPOSITOR:</b>	Julieth Eliana Araque Sosa		<b>FIRMA:</b> 
	Karen Emilia Melo		

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

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Cometa Nacional, 010000190332



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

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

No.		TIPO DOC	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL EXPOSICIÓN COVID 19
1	CC	1052410687		EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
2	CC	1052403488		ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
3	CC	24219746		SONIA YANETH RUIZ GARCIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
4	CC	23284976		SANDRA SOFIA MOZO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
5	CC	46672546		SANDRA BEATRIZ MALAVER AVENDAÑO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
6	CC	46455020		MILENA ANDREA QUINTERO TORRES	JEFE DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
7	CC	46458143		HIDALY TRIANA TRIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
8	CC	1053608206		DIANA MARCELA CERCADO AVELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
9	CC	46456242		DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
10	CC	1053340626		SHIRLEY ELIANA RONCANCO 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	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
19	CC	1054682570		LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
20	CC	23525208		FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
21	CC	24080048		ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
22	CC	1049625040		MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
23	CC	33369727		SILVIA HERRERA HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
24	CC	40048087		DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
25	CC	1020752786		DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
26	CC	1052314070		JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	NALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
27	CC	46366015		ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
28	CC	1049628122		GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
29	CC	53067258		NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
30	CC	52963532		MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
31	CC	46672428		LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
32	CC	1049616557		MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
33	CC	40038562		MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
34	CC	72205029		JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
35	CC	74370203		JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
36	CC	46378245		SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
37	CC	40036857		LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
38	CC	33367367		GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
39	CC	40027046		LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
40	CC	46361131		CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
41	CC	24167247		ANGELA DORELY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
42	CC	79536444		LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
43	CC	23323980		NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
44	CC	74369909		CARLOS FRANCISCO ESTUPIÑAN SEPULVEDA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
45	CC	1082896913		ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
46	CC	9530770		CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
47	CC	91244699		OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
48	CC	63362434		MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
49	CC	1124023697		JOEL ANTONIO DURÁN IGUARAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
50	CC	32775986		ELIDA MARIA DE AGUAS VALENIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
51	CC	1053338976		LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
52	CC	23324561		YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
53	CC	7180163		JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
54	CC	9396880		GIOVANNI FRANCISCO RODRIGUEZ SALAMANCA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
55	CC	1073380836		GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
56	CC	1049615437		JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
57	CC	1049647500		GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
58	CC	63529281		IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
59	CC	1054658729		ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
60	CC	1057411768		KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
61	CC	40039607		FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
62	CC	1049638771		GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
63	CC	40044574		DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
64	CC	1049799152		NIYIRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
65	CC	33676746		MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
66	CC	1049631798		DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
67	CC	1090415369		LUZ KARINA SALAZAR GRISALES	NUTRICIONISTA	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
68	CC	1049629216		KAROL GISELA FERNANDEZ ESPINOSA	TRABAJADORA SOCIAL	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
69	CC	1120865548		JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
70	C.E	531407		ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
71	CC	40017103		MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
72	CC	1140868607		MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
73	CC	1049614089		SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
74	CC	1049632802		MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
75	CC	1057585417		DEISY YAMILE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
76	CC	1019069127		DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
77	CC	1045725343		MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
78	CC	1049642865		CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
79	CC	1049632618		LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
80	CC	80258638		JOSE LUIS JIMENEZ PINEDA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
81	CC	46377485		ANA ZORAIDA CUSBA NUÑEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
82	CC	1020802850		SANTIAGO ESTEBAN VARGAS GAITAN	MEDICO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
83	CC	33376410		SARA LILIANA NEIRA MERCHAN	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	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	1122130482	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
5	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
6	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
7	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
8	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTA
9	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
10	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
11	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
12	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
13	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
14	35262590	BLANCA LI CARVAJAL MORENO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
15	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
16	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
17	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
18	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
19	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
20	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	ANALISTA DE FACTURACIÓN	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
21	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
22	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
23	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
24	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
25	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
26	52045168	IMINA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
27	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
28	40218844	YULY YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
29	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
30	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
31	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
32	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
33	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
34	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
35	52968061	ANGELA LORENA CAMACHO SUAREZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
36	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
37	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ ROJAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
38	19372804	JAIRO ALFONSO SANTAMARIA RODRIGUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
39	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
40	30937322	NINI JOHANA PEÑA VANEGAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
41	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
42	40398099	CLAUDIA ESPERANZA GARZON RODRIGUEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
43	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
44	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
45	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTA
46	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
47	1121960259	KAREN ESTEISY CLAVIJO FERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
48	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
49	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
50	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
51	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
52	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
53	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
54	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
55	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA



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



**2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare**

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



### 3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

#### 3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

#### Telas Desechables

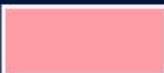
Las Telas Desechables se han convertido en una necesidad para sectores como la medicina, la estética y la construcción y en una alternativa para productos publicitarios así como prendas de vestir.

#### Usos

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

#### Polipropileno

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

#### Resistencia Química

Como la mayoría de las poliolefinas es altamente resistente al ataque de productos químicos y de solventes por ser químicamente inerte; de esta calidad 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 líquidos no transpirante, suavidad al tacto</li> <li>•Sujeción 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 contaminación 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>	•Almacenar en un lugar fresco y seco, evitando los rayos directos del sol. Tep. Max, 32 °	
<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>	•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.	
<b>CODIGO</b>	3100000355	
<b>UNIDAD DE VENTA</b>	BOLSA 10 UNIDADES	

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800070360



### Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166



FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

#### GORROS DESECHABLES NO ESTERIL

<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.
Color	Azul
Olor	Sin olor
<b>ANÁLISIS FÍSICOQUÍMICO</b>	<b>ESPECIFICACIONES</b>
Composición	Polipropileno (PP) con elástico de látex natural en todo su perímetro interior.
Dimensión	21 pulgadas.
Tallas	Única.
<b>EMPAQUE PRIMARIO</b>	<b>ESPECIFICACIONES</b>
Tipo	Bolsa Plástica Transparente
<b>EMPAQUE SECUNDARIO</b>	<b>ESPECIFICACIONES</b>
Tipo	Caja cartón 1000 unidades
<b>USOS</b>	Su ligero tejido permite la transpiración del cabello. Barrera de protección entre el cabello y el medio externo, evitando contaminación de cualquier tipo. Apto para uso médico, odontológicos, estéticos, manipulación de alimentos, industrial y laboratorios, entre otros.
<b>CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO</b>	Mantener en su empaque hasta consumir el producto. Conservar en lugar fresco y seco protegido de la luz solar.
<b>DISPOSICION FINAL</b>	No reutilizar. Eliminar como material no reciclable
<b>LEGISLACION APLICABLE</b>	Cumple con los parámetros internos de calidad establecidos por la organización

<b>ELABORADO POR</b>	<b>REVISADO POR</b>	<b>APROBADO POR</b>
 DIONY ANDREA GALLEGO SIERRA	 CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRÍA	 CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRÍA

Copia Controlada





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

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

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

*Copia Controlada*

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad de Gestión de Medicamentos y Productos Químicos  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



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



**3.2 Cotizaciones, órdenes de compra o Facturas**  
**3.2.1 Factura Regional Boyacá**

Fecha Impresión: lunes, 11 de mayo de 2020 14:29



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 900.433.437-8

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

Fecha: 11/05/2020 2:27:20 p. m.

CUFE: 7ee93bfb9eb3ee6220547ddeb0248a36e78c54e42cebe7168779bede7e2e0  
 de0f9f09dfc352373d1dcf1b33b1b32bb4

IVA - REGIMEN COMÚN

SOMOS AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLIFICADO E ICA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

FACTURA DE VENTA N° FQE2127



**Datos Generales**

<b>Tercero:</b> 900622551 - JERSALUD SAS	<b>Dirección:</b> CRA 6 64-195 LOCAL 104-105
<b>Sucursal:</b> JERSALUD TUNJA	<b>Telefono:</b> 5618123
<b>Almacén:</b> 0004 - BOG MIO - FACTURACION MIOCARDIO CASTELLANA	<b>U. Funcional:</b> FQXPO102 - PPL-OPERATIVO FACTURACION-FQX
<b>Detalle:</b> OC.3175 SUPLESASUD FAC#SPT444 JERSALUD TUNJA	

Producto	Lote	Invima	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
300103926 - TAPABOCAS DESECHABLES DE TIRAS		0		1200	0,00	0,00	\$ 965	\$ 1.158.312

**VALOR BRUTO:** \$ 1.158.312  
**IVA:** \$ 0  
**RETEFUENTE:** \$ 28.958  
**RETENCIÓN IVA:** \$ 0  
**RETENCIÓN ICA:** \$ 4.795

**VALOR NETO FACTURA:** \$ 1.124.559

**TOTAL:** UN MILLON CIENTO VEINTICUATRO MIL QUIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/Cte.

ELABORÓ

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



SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Vigilado

AGENTE RETENEDOR IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS AL REG COMUN / RESOLUCIÓN 18763004712080 DEL 28/02/2020 HABILITA-AUTORIZA FQE 1 AL FQE 27824 - FACTURACION POR COMPUTADOR - EFECTUAR RETENCION DEL 2% SERVICIOS DE SA MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR

Estado F.E.: Enviada

Usuario Creación: 53069545 - DIANA PAOLA FIGUEROA MOJICA - FQ

Usuario Impresión : 53069545 - DIANA FIGUEROA

[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"





**SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**

NIT 901.222.681-7

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

**Factura de venta**

**Nº: 2149**

**Cliente:** JERSALUD SAS BOYACA  
**Nit:** 900.622.551-0  
**Teléfono:** 3219159617  
**Dirección:** CRA 8 64 B 195 CENTRO COMERCIAL NOGAL PLAZA local 210  
**Ciudad:** Tunja - Colombia  
**Correo:**

**Fecha de factura:** 2020-05-19  
**Vendedor:**  
**Centro de costo:** 0  
**Cotización:** C-1-346

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vt. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Reta.	Vr. Total
1	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	5.00	2,300.00	0 %	0 %	11,500.00
2	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X50 par	6.00	20,000.00	0 %	0 %	120,000.00
3	EQRJC3LT	RECOLECTOR GUARDIAN 2.9 BIOLIFE	7.00	4,117.85	19 %	0 %	34,301.00
4	EQ0842439	MICROPOR PIEL 2"x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	6.00	4,800.00	0 %	0 %	28,800.00
5	1002603	ESPEJULO POTOSCOPIO (DESECHABLE ADULTO) x 34	18.00	6,890.76	19 %	0 %	147,600.00
6	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	18.00	65,000.00	0 %	0 %	1,170,000.00
7	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	55.00	20,000.00	0 %	0 %	1,100,000.00
8	0MEDIS75	GUANTE ESTERIL N. 7 1/2 PAR MEDISPO PAR	50.00	1,300.00	0 %	0 %	65,000.00
9	GMD-CM	CINTA METRICA UND GMD	5.00	4,201.89	19 %	0 %	40,051.00
10	CONKITCX	KIT CIRUJANO (GORRO,PUJAMA,PANTALON,POLAINAS, ETC)	30.00	17,500.00	0 %	0 %	525,000.00

ELABORADA POR SIBO S.A.S. MT 830048 145-6

**Valor en Letras:**  
 Tres millones doscientos cuarenta y dos mil doscientos dos pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**  
 Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-06-18 por \$ 3,242,202.00

Total Bruto	3,206,772.00
IVA 19%	35,430.00
<b>Total a Pagar</b>	<b>3,242,202.00</b>

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

**Jersalud RADICADO**  
 500.622.551-0 S.A.S.  
 26 MAY 2020  
 No. FOLIO: *Jana Borjas*  
 RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2005). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18763095570393 aprobado en 20200424 prefiijo desde el número 2951 al 5000 Vigencia: 18

Responsable de IVA - Actividad Económica 208 Comercio al por menor de productos farmacéuticos Tarifa 3.5

Elaborado por

Firma recibido

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Vigilado



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
 Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Mayo**  
 3.2.2 Orden de compra Regional Meta



	FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS		Figura 003
			Versión: 01
			rev 18
			Página 1 de 1

Tipo de Orden:		Cargos:	<input checked="" type="checkbox"/> X	Fecha:		12/09/2020
Servicios:		Orden No.:		Consecutivo No.:		8529-45
Día:		Cual:		Proveedor:		SUMFAMECO S.A.S.
Código:		1-248		NIT:		901229841-7
Teléfono:				Teléfono:		311 9997174

ORDEN DE COMPRA						VALORES	
ITEM	ENCUBRAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN ESPECIFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	META	ASISTENCIAL	UND	LAVOR ANTIBACTERIAL X TAPPO 500 ML	20	\$ 10.500	\$ 210.000
2	META	ASISTENCIAL	UND	GL. ANTIBACTERIAL X TAPPO 500 ML	20	\$ 13.500	\$ 270.000
3	META	ASISTENCIAL	CAJA X 10 UND	CINTA MICROPORO 2" CAJA X 6 UNIDADES	6	\$ 3.600	\$ 21.600
4	META	ASISTENCIAL	CAJA X 100	GUANTES DE MANEJO TALLA S CAJA	50	\$ 20.000	\$ 1.000.000
5	META	ASISTENCIAL	POT X 8 UND X 24 SOBRES	CASAS ESTERILES PAQUETE X 20 PAQUETES	950	\$ 450	\$ 427.500
7	META	ASISTENCIAL	UND	SODIO CLORURO 0.9% SOLUCIÓN INYECTABLE X 500 cc	20	\$ 3.100	\$ 62.000
8	META	ASISTENCIAL	UND	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCIÓN INYECTABLE X 100cc	10	\$ 2.300	\$ 23.000
9	META	ASISTENCIAL	UND	SONDAS NELATOR # 6	170	\$ 600	\$ 102.000
10	META	ASISTENCIAL	UND	SONDAS NELATOR # 10	150	\$ 600	\$ 90.000
11	META	ASISTENCIAL	CAJA	JERINGA PUNTA CATERFER DE 10 CC. CAJA X 25	5	\$ 31.500	\$ 157.500
12	META	ASISTENCIAL	UND	EQUIPO DE MACRODOTEO	10	\$ 1.000	\$ 10.000
13	META	ASISTENCIAL	UND	BIBRETA EN ACETATO UND	10	\$ 3.500	\$ 35.000
14	META	ASISTENCIAL	PAQUETE	BALNEARIOS PLASTICOS PAQ X 50	3	\$ 11.455	\$ 34.365
15	META	ASISTENCIAL	UND	MASCARA PARA MICROINBULZACION ADULTO TALLA M	10	\$ 4.700	\$ 47.000
16	META	ASISTENCIAL	UND	ALCOHOL X 100 ML	20	\$ 10.500	\$ 210.000
17	META	ASISTENCIAL	UND	ESPECULOS CON RT TALLA M	15	\$ 1.900	\$ 28.500
18	META	ASISTENCIAL	CAJA X 10	TRIAS DE GLUCOMETRIA	5	\$ 50.000	\$ 250.000
19	META	ASISTENCIAL	UND	MOWOGAFAS	45	\$ 8.500	\$ 382.500
20	META	ASISTENCIAL	UND	TAPETE PARA DESINFECCION	5	\$ 170.000	\$ 850.000
21	META	ASISTENCIAL	UND	CARETAS	40	\$ 24.000	\$ 960.000
Subtotal gravado						\$	62.955
IVA						\$	6.775.105
IVA 19%						\$	11.961
<b>TOTAL A PAGAR</b>						\$	<b>8.849.018</b>

Tiempo de Entrega:	INMEDIATA	TRENTA DIAS	<input checked="" type="checkbox"/> X	SESENTA DIAS	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>
Forma de Pago:	CORTADO	TRENTA DIAS	<input type="checkbox"/>	SESENTA DIAS	<input checked="" type="checkbox"/> X	OTRO	<input type="checkbox"/>
Moneda:	PUSOS COLOMBIANOS	DOLARES	<input type="checkbox"/>	EUROS	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>

FIRMADO POR:  
 NOMBRE: DANDY LORENA DUARTE  
 CARGO: GERENTE GENERAL

UNIDAD QUE SOLICITA LA COMPRA: \_\_\_\_\_  
 DE COMPRA: \_\_\_\_\_  
 BLANCO: JESSICA CAÑÓN CARGO ASISTENTE TELEFONO 2113700  
 ADMINISTRATIVO 40

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN ACTA DE ENTREGA O RECEPCIÓN POR PARTE DEL PROVEEDOR POLIZA TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIGENTE		FICHA TÉCNICA ESPECIFICANDO VIDA ÚTIL FACTURA DE VENTA CERTIFICADO DE FABRICACIÓN NACIONAL O CARTA DE REPRESENTADOR DEL FABRICANTE CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA	
--	--	--	--

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000191033  
 Línea de Atención al Proveedor: 01 8000191032

VIGILADO



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

Tipo de Orden: Compra  X  I  
 Servicio     
 Otro  OMI

Fecha: 12/05/2020  
 Concepto No: 2020-01

Cotización: C-1-008  
 Proveedor: SURFAMEDIC MT 90322881-7 Teléfono: 311 8907173

ITEM	BUCURBIA	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACION	DESCRIPCION ESPECIFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	META	ASISTENCIAL	UNO	TERMOMETRO INFRAROJO YIHOY-2000	1	400.000	2.810.000
2	META	AGISTENCIAL	CAJA X 50 UNO	SAMPICOCAS NACIONAL CAJA X 50 UNO	90	50.000	5.670.000
						Subtotal gravado	8.500.000
						IMPORTE DE IVA	
						IVA 19%	
						TOTAL A PAGAR	8.500.000

CONDICIONES GENERALES:

Tiempo de Entrega: INMEDIATA  TREINTA DIAS  X  CINCUENTA DIAS  OTRO:   
 Forma de Pago: CONTADO  TREINTA DIAS  X  CINCUENTA DIAS  OTRO:   
 Moneda: DOLARES  X  OTROS:

TRM A UTILIZAR  
 GARANTIA

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

DATOS DE QUIEN DILIGENCIA LA ORDEN DE COMPRA:  
 ELABORO: JESSICA CAMON CARGO: ASISTENTE TELEFONO: 31137300  
 ADMINISTRATIVO 40

CLASIFICACION DE CUMPLIMIENTO ORDEN DE COMPRA

El proveedor se compromete que en caso de no cumplir con la fecha de entrega que se consigne en la presente orden de compra, cumplirá con las siguientes sanciones:  
 1. En caso que la entrega sea LATELA O LATELA INTERVENIDA se sancionará al valor de diez (10) días o durante según lo pactado en la negociación.

1	HOJA DE VIDA DEL EQUIPO	11	FICHA TÉCNICA ESPECIFICANDO VIDA ÚTIL.
2	DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	14	FACTURA DE VENTA
3	ACTA DE ENTREGA O REMISIÓN POR PARTE DEL PROVEEDOR	15	CERTIFICADO DE FABRICACIÓN NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACIÓN DEL FABRICANTE
4	FOLIO TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIGENTE	16	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA
5	REGISTRO INYMA DEL EQUIPO	17	CERTIFICADO DE METROLOGÍA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE
6	HOJA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO	18	CERTIFICADO DE GARANTÍA
7	REGISTRO INYMA DE LOS INGENIEROS	19	CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TÉCNICO
8	PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	20	REGISTRO DE CAPACITACIÓN
9	PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	21	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS, ACCESORIOS Y REPUESTOS POR 10 AÑOS
10	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O METROLOGÍA	22	CERTIFICADO DE TIEMPOS DE RESPUESTA TELEFÓNICO Y PRESENCIAL EN CASO DE FALLAS
11	MANUAL EN ESPAÑOL DE USUARIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO	23	CERTIFICADO DE PERIODICIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CALIBRACION SEGUN FABRICANTE
12	MANUAL EN ESPAÑOL DE SERVICIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO		

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



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

**Cotización**  
No. C-1-341

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

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

Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	J-1564	JABON ANTIBACTERIAL X 500 ML NAL	<u>Ver</u>	30.00	10,500.00	315,000.00
2	NACIONAL	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML NAL	<u>Ver</u>	30.00	13,500.00	405,000.00
3	EQ0642439	MICROPORÉ PIEL 2"x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	<u>Ver</u>	6.00	5,600.00	33,600.00
4	DIS-404180519	GASA ESTERIL 3X3X5 UND SHERLEG	<u>Ver</u>	960.00	450.00	432,000.00
5	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS ) UNIDAD MEDE	<u>Ver</u>	170.00	800.00	136,000.00
6	LENEL10	SONDA NELATON No. 10 SHERLEG	<u>Ver</u>	150.00	800.00	120,000.00
7	EQ-1356	JERINGA 60 ML PUNTA CATETER CAJA X 25 UNIDADES	<u>Ver</u>	6.00	31,500.00	189,000.00
8	10101	BURETA EN ACETATO UNIDAD GOTHAPLAST	<u>Ver</u>	10.00	3,500.00	35,000.00
9	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	<u>Ver</u>	10.00	4,700.00	47,000.00
10	AXA1348281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	<u>Ver</u>	10.00	2,300.00	23,000.00
11	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	<u>Ver</u>	20.00	3,100.00	62,000.00
12	EQVEMEMA	MACROGOTEADO SIN AGUJA MEDISPO 10G	<u>Ver</u>	10.00	1,000.00	10,000.00
13	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<u>Ver</u>	50.00	20,000.00	1,000,000.00
14	PT369	SUPER KIT CITOLÓGICO M (PAR GUANTE,ESPEC)	<u>Ver</u>	15.00	1,900.00	33,915.00
15	0285213	TAPETE PARA DESINFECCIÓN	<u>Ver</u>	6.00	170,000.00	1,020,000.00
16	DISTR-256	BAJALENGUAS PLÁSTICO PAQX 50 UNDS	<u>Ver</u>	3.00	11,484.60	41,000.00
17	E-0075101	ALCOHOL ANTISÉPTICO 700 ML	<u>Ver</u>	20.00	10,500.00	210,000.00
18	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	<u>Ver</u>	5.00	55,000.00	275,000.00
19	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	<u>Ver</u>	45.00	8,500.00	382,500.00
20	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA	<u>Ver</u>	45.00	24,000.00	1,080,000.00
<b>Total Bruto</b>						<b>5,838,054.00</b>

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 01800019030  
Línea de Consulta: 01800019030





SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE  
COLOMBIA SAS  
NIT 901.222.681-7

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

Factura de venta

Nº: 2125

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

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

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	J-1594	JABON ANTIBACTERIAL X 500 ML NAL	30.00	10,500.00	0 %	0 %	315,000.00
2	NACIONAL	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML NAL	30.00	13,500.00	0 %	0 %	405,000.00
3	EQ0642439	MICROPORÉ PIEL 2"x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	6.00	5,600.00	0 %	0 %	33,600.00
4	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS ) UNIDAD MEDE	170.00	800.00	0 %	0 %	136,000.00
5	LENEL10	SONDA NELATON No. 10 SHERLEG	150.00	800.00	0 %	0 %	120,000.00
6	EQ-1356	JERINGA 60 ML PUNTA CATETER CAJA X 25 UNIDADES	5.00	31,500.00	0 %	0 %	157,500.00
7	10101	BURETA EN ACETATO UNIDAD GOTHAPLAST	10.00	3,500.00	0 %	0 %	35,000.00
8	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	10.00	4,700.00	0 %	0 %	47,000.00
9	AXA1346281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	10.00	2,300.00	0 %	0 %	23,000.00
10	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	20.00	3,100.00	0 %	0 %	62,000.00
11	EQMEMEMA	MACROGOTEO SIN AGUJA MEDISPO 10G	10.00	1,000.00	0 %	0 %	10,000.00
12	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	50.00	20,000.00	0 %	0 %	1,000,000.00
13	PT369	SUPER KIT CITOLOGICO M (PAR GUANTE,ESPEC)	15.00	1,900.00	19 %	0 %	33,815.00
14	0285213	TAPETE PARA DESINFECCIÓN	6.00	170,000.00	0 %	0 %	1,020,000.00
15	DISTR-256	BAJALINGUAS PLASTICO PAQX 50 UNDS	3.00	11,484.60	19 %	0 %	41,000.00
16	E-0075101	ALCOHOL ANTISEPTICO 700 ML	20.00	10,500.00	0 %	0 %	210,000.00
17	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	5.00	55,000.00	0 %	0 %	275,000.00
18	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	45.00	8,500.00	0 %	0 %	382,500.00
19	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA	45.00	24,000.00	0 %	0 %	1,080,000.00
20	DLSZD20160529	GASA ESTERIL 3"x3"5 UNIDAD CUREBAND	960.00	450.00	0 %	0 %	432,000.00

Valor en Letras:

Cinco millones ochocientos cincuenta mil quince pesos m/cte

Condiciones de Pago:

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

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

Observaciones:

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

SUMFAMEDIC SAS  
Distribuidora de Insumos y Equipos  
NIT 901222681-7  
Calle 9 No. 15 - 54 Neiva - Huila

Jersalud  
900.622.551-0 S.A.S.

*[Handwritten Signature]*  
Firma recibida  
15-05-2020

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 18753005570333 aprobado en 20200424 prefijo desde el número 2951 al 5000 Vigencia:

Elaborado por

Firma recibida

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Colombia Neiva 01800010333  
VIGILADO



**SUMFAMEDIC S.A.S.**  
BY THE PEOPLE FOR THE PEOPLE

**MINISTROS FARMACÉUTICOS MEDICOQUIRÚRGICOS DE COLOMBIA SAS**

NIT 901.222.881-7

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

---

**Factura de venta**

**Nº: 2126**

---

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

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

---

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

ELABORADA POR SIBEO S.A.S. NIT 930 048 145-8

---

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

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

<b>Total Bruto</b>	8,580,000.00
<b>Total a Pagar</b>	8,580,000.00

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

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

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

**SUMFAMEDIC S.A.S.**  
Brindando salud y bienestar  
 NIT. 901222881-7  
 Calle 9 No. 15 - 54 Neiva - Huila

**Jersalud**  
 900.622.551-0 S.A.S.

Elaborado por \_\_\_\_\_

Firma recibida: 15-05-20

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Colombia Neiva: 018000910303  
**VIGILADO**





### Cotización

No. C-1-349

#### SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS

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

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

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

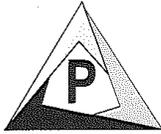
ELABORADA POR SIEGO S.A.S. NIT 630.048.145-3

Gerente General  
 sumfamedic@hotmail.com  
 8748246

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303



3.2.3 Factura Regional Casanare



**DISTRIBUIDORA  
PROJECTAR SAS**

NIT. 900.669.318-3

DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN  
NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN No 18763005179468  
DE FECHA 2019/09/06 NUMERACIÓN AUTORIZADA  
DEL DP 1001 AL DP 1100  
NO SOMOS AUTORETENEDORES  
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES  
ACTIVIDAD ICA 3639 TARIFA 11.4 X 1.000

**FACTURA DE VENTA**

DP 1033

Línea Médico Quirúrgica - Línea Oficina - línea Aseo - Cafetería - Publicidad Comercial. ACT. ICA 4761 TARIFA 4.14 x 1.000

<b>SEÑORES:</b> JERSALUD S.A.S. (YOPAL)			
<b>FECHA:</b> 27 DE MAYO DE 2020	<b>CIUDAD:</b> BOGOTÁ	<b>TEL:</b> 3124348672	
<b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 32 SUR #22-10 B/QUIROGA		<b>NIT:</b> 900.622.551-0	
<b>FORMA DE PAGO:</b> CREDITO 90 DIAS CALENDARIO	<b>FECHA DE VENCIMIENTO:</b> 25 DE AGOSTO DE 2020		

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANT.	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
	BROCHA PEQUEÑA DE CERDAS SUAVES (LIMPIAR TECLADOS)	2	5.000	10.000
	CABLE ESPIRAL 5/8 DUO ROLLO *20MTS	2	24.000	48.000
	CAJA DE RESALTADORES COLORES SURTIDOS	1	15.000	15.000
	CINTA AUTO- ADHESIVA DEMARCAACION DE PISO AMARILLO-NEGRO ROLLO * 33MTR #070x	1	38.000	38.000
	CINTA AUTOADHESIVA AMARILLA 48 MM *30 METROS	1	33.750	33.750
	CINTA TRANSPARENTE - 2" ANCHA * 200 MTRS APROX.	1	6.000	6.000
	COLBON LIQUIDO FRASCO x 225 GR	1	5.332	5.332
	ESFERO KILOMETRICO RETRACTIL CAJA *12 NEGRO	1	7.630	7.630
	PAÑO DE MICROFIBRA PARA LIMPIAR PANTALLA SET *3UND	1	10.084	10.084
	PAPEL CARBON NEGRO *100 UNIDADES	1	7.941	7.941
	TAPABOCAS N-95 * 20 UNDS	1	108.000	108.000
	ENVIO PEDIDO / FLETE	1	30.000	30.000
	EXENTO DE IVA	1		

LUIS FERNANDO VELASCO NIT 80438545-4 TEL. 3142142993

<b>OBSERVACIONES:</b> CREDITO 90 DIAS CALENDARIO	<b>SUB-TOTAL</b>	319.737
	<b>I.V.A</b>	40.230
<b>SON:</b> TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE	<b>TOTAL</b>	359.967

<p>LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 DE C.C.) la mercancía viaja por cuenta de riesgo del comprador. El comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías descritas. En caso de mora en el pago, se causará el 4% de interés mensual. La fecha del vencimiento se tomará a partir de la fecha de remisión. FAVOR GIRAR CHEQUE A NOMBRE DEL PRIMER BENEFICIARIO</p>	<p>AUTORIZADO POR:  DISTRIBUIDORA PROJECTAR SAS NIT 900.669.318-3</p>	<p>DECLARO QUE RECIBI A SATISFACCION LOS MATERIALES Y SERVICIOS DESCRITOS EN ESTA FACTURA  FIRMA Y SELLO DE ACEPTANTE COMPRADOR 28-05-2020 NIT 0 c.c.</p>
--	---	---

MÓVIL: 320 206 8636 - Calle 52A Sur 29 - 55 - distribuidoraprojectar@gmail.com  
www.distribuidoraprojectar.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Línea Casanare Nacional 0180001910303





**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: 2175**

**Cliente:** JERSALUD SAS YOPAL  
**Nit:** 900.622.551-0  
**Teléfono:** 3213965735  
**Dirección:** CLL 40 23 99  
**Ciudad:** Villavieco - Colombia  
**Correo:**

**Fecha de factura** 2020-05-26  
**Vendedor**  
**Centro de costo** 0  
**Cotización** C-1-353

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50.00	8,500.00	0 %	0 %	425,000.00
2	1002503	ESPEJULO P/OTOSCOPIO (DESECHABLE ADULTO)	3.00	6,500.00	19 %	0 %	23,205.00
3	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	100.00	183.87	19 %	0 %	19,501.00
4	JEME0003	JERINGA 3P. 3CC C/A 21X 1 1/2	100.00	155.00	19 %	0 %	19,445.00
5	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	1.00	48,000.00	0 %	0 %	48,000.00
6	VEN-SUP-0217	VENDA ELÁSTICA 5X5 MEDICAL SUPPLIES	2.00	2,700.00	0 %	0 %	5,400.00
7	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	1.00	26,000.00	0 %	0 %	26,000.00
8	SOL-00675	EUCIDA ADVANCED SPRAY X750ML AMONIO CUARTENARIO	1.00	45,000.00	0 %	0 %	45,000.00
9	I-COND	PRESERVATIVOS X 60 UND	2.00	35,000.00	0 %	0 %	70,000.00
10	AXA3009389	CURAS HANSAPLAST STANDAR TRANSPARENTE	1.00	4,500.00	0 %	0 %	4,500.00

ELABORADO POR JERSALUD S.A.S. NIT 900001148-9

**Valor en Letras:**  
 Seiscientos ochenta y cinco mil cincuenta y uno pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**  
 Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-07-25 por \$ 685,051.00

**Total Bruto** 675,287.00  
**IVA 19%** 9,764.00  
**Total a Pagar** 685,051.00

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

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2009). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor: Número Autorización 18763005579393 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 No. 15 - 54 Neiva - Huila  
 Elaborado por

*[Firma]*  
 Firma (recibido)  
 28-05-2020

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Vigilado



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

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

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

	<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>Blanca Nubia Vasquez</i>	<i>23.810.177</i>	<i>CExt</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tanabocas desechables	Tanabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
<i>22 05 2020</i>				<i>X</i>								<i>[Signature]</i>
<i>26 05 2020</i>				<i>X</i>								<i>[Signature]</i>
<i>27 05 2020</i>				<i>X</i>								<i>[Signature]</i>
<i>28 05 2020</i>				<i>X</i>								<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *Blanca Nubia Vasquez* Identificado (a) con CC: *23810177*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Reyes Comargo María Paula</i>	<i>1049632802</i>	<i>Administrativo</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tanabocas desechables	Tanabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
<i>26 05 20</i>				<i>X</i>								<i>[Signature]</i>
<i>27 05 20</i>				<i>X</i>								<i>[Signature]</i>
<i>28 05 20</i>				<i>X</i>								<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala 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
Sonia Janeth Rufe Garcia.	22121246	Tunga.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	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	X						
29 05 2020			X	X	X	X						
28 05 2020			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, Sonia Janeth Rufe Garcia Identificado (a) con CC: 22121246, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
MAYORGA ROSAS DOUG	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		
22 05 2020				X								
23 05 2020				X								
26 05 2020				X				X				
27 05 2020				X								
18 05 2020				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina D.C.  
 Línea Central Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Florinda Isabel Flores Ayala</i>	<i>40038562</i>	<i>Ulc 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	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
22 05 2020	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bata desechable a diario	<i>[Firma]</i>
23 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bata desechable a diario y tapabocas	<i>[Firma]</i>
26 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	uso bata desechable a diario	<i>[Firma]</i>
27 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bata desechable a diario	<i>[Firma]</i>
28 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bata desechable a diario	<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, Florinda Isabel Flores 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.

	<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>Joel Antonio Durán-Jaquarón</i>	<i>114023697</i>	<i>Consulta Externa</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 05 20	X	-	X	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Gersson David Gonzalez</i>	Cédula <i>1049638771</i>	Unidad <i>Unión</i>
--	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
22 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Gersson David</i>
22 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Gersson David</i>
26 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Gersson David</i>
27 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Gersson David</i>
28 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Gersson David</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Gersson David Gonzalez Rojas identificado (a) con CC: 1049638771, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Juz Amparo Ungala Barón</i>	Cédula <i>40027046</i>	Unidad <i>C. Externa</i>
---	---------------------------	-----------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, 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		
22 05 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	<i>teleconsult</i>	<i>Juz Amparo</i>
23 05 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	<i>teleconsult</i>	<i>Juz Amparo</i>
26 05 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	<i>teleconsult</i>	<i>Juz Amparo</i>
27 05 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	<i>teleconsult</i>	<i>Juz Amparo</i>
28 05 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	<i>s. presencial</i>	<i>Juz Amparo</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos Sae C. Alvar V	Cédula 72'255079	Unidad Jersalud S.A.S.
---	---------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmias			
22 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
23 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
26 05 20	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-		
27 05 20	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-		
28 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos Montano Delgado Claudia Lorez	Cédula 46361131	Unidad C. EXPONER ASISTENCIAL 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	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmias			
22 05 2020		X		X		X				X			
23 05 2020		X		X		X				X			
28 05 2020		X		X		X				X			
29 05 2020		X		X		X				X			
28 05 2020		X		X		X				X			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Claudia Lorez Montano 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  
 Línea Corrala Nacional: 0180001910332  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sandra Sofía Maza	<b>Cédula</b> 23284916	<b>Unidad</b> C. Extmg
---	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sandra Maza
28 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sandra Maza
27 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sandra Maza
28 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sandra Maza
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sandra Sofía Maza Identificado (a) con CC: 23284916, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Yoly Patricia Ovalle P	<b>Cédula</b> 23324861	<b>Unidad</b> Jersalud Tomp
--	---------------------------	--------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
22 5 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Yoly Patricia Ovalle P
26 5 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Yoly Patricia Ovalle P
28 5 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Yoly Patricia Ovalle 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													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Yoly Patricia Ovalle P Identificado (a) con CC: 23324861, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Jaca Sanchez Anderson Dario	1054658729	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 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
22 05 20				X		X							Anderson Jaca J
28 05 20				X		X							Anderson Jaca J
28 05 20				X		X							Anderson Jaca J
29 05 20				X		X							Anderson Jaca J
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, Anderson Dario Jaca 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>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Nemra Nandara Sora Liliana	33376410	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
20 05 20				X									
27 05 20				X									
22 05 20	X			X									
23 05 20	X			X									
26 05 20	X			X					X				
27 05 20	X			X									
28 05 20	X			X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Giselle Andrea Zipa Vargas	<b>Cédula</b> 1049647500	<b>Unidad</b> 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
22 Mayo 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Giselle Zipa
26 Mayo 2020	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Andrea Zipa
27 Mayo 2020	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Giselle Zipa
28 Mayo 2020	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Andrea Zipa
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

	<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> Rodríguez Boyacá María Cecilia	<b>Cédula</b> 1.049.625.040	<b>Unidad</b> Jersalud Tunja 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			
22 05 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		María Rodríguez
26 05 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		María Rodríguez
27 05 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		María Rodríguez
28 05 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		María Rodríguez
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, María Cecilia Rodríguez Boyacá Identificado (a) con CC: 1.049.625.040 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910302  
**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>Herrera Herrera Silvia</i>	<i>33.369.727</i>	<i>Administrativo 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
<i>22 05 20</i>	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
<i>23 05 20</i>	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
<i>26 05 20</i>	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		<i>[Signature]</i>
<i>27 05 20</i>	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
<i>29 05 20</i>	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Silvia Herrera Herrera* Identificado (a) con CC: *33.369.727* Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Vargas Gabán Santiago Esteban</i>	<i>1020.802.850</i>	<i>Cavalla 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
<i>22 05 20</i>	X			X									<i>[Signature]</i>
<i>23 05 20</i>	X			X									<i>[Signature]</i>
<i>26 05 20</i>	X			X									<i>[Signature]</i>
<i>27 05 20</i>	X			X									<i>[Signature]</i>
<i>28 05 20</i>	X			X						X			<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Santiago Esteban Vargas* Identificado (a) con CC: *1020802850* Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0800910332  
**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
Flores Alvarez Monica	109966552	Oxetera

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27 05 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
26 05 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
24 05 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	X		
28 05 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Monica Flores Alvarez identificado (a) con CC: 109966552, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Florez Torres M	2171072	Oxetera

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 5 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
28 5 20	X	X	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													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303



	<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
Juz Marina Mojica	410036857	C-Exteng

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
22 05 20	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-		<i>Juz Marina Mojica</i>
26 05 20	✓	-	-	✓	-	-	-	-	✓	✓		<i>Juz Marina Mojica</i>
27 05 20	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	✓		<i>Juz Marina Mojica</i>
28 05 20	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	✓		<i>Juz Marina Mojica</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Juz Marina Mojica Identificado (a) con CC: 410036857, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Fanny Astrid Nino Alvarado	40039607	Ext. Tanya

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
22 05 20	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-		<i>Fanny Astrid Nino Alvarado</i>
23 05 20	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-		<i>Fanny Astrid Nino Alvarado</i>
26 05 20	X	-	X	X	-	-	X	-	-	-		<i>Fanny Astrid Nino Alvarado</i>
27 05 20	X	-	-	X	-	-	X	-	X	-		<i>Fanny Astrid Nino Alvarado</i>
28 05 20	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-		<i>Fanny Astrid Nino Alvarado</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 Alvarado Identificado (a) con CC: 40039607 Tanya Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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  
 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	Tunjá -

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Polinias			
28 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X				
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sandra Milena Torres Acevedo 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
KAROL GISELA FERNANDEZ ESPINOSA	1049629216	JERSALUD -TUNJA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
22 05 20	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO	NO	X	NO			
26 05 20	X	NO	NO	X	NO	NO	NO	NO	NO	NO			
27 05 20	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO	NO	NO	NO			
28 05 20	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO			
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, KAROL G. FERNANDEZ ESPINOSA Identificado (a) con CC: 1049629216; Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

Apellidos y Nombres Completos PEDRAZA VARGAS MARIA LUOJA	Cédula 40017103	Unidad Consulta Externa Neurología
---	--------------------	---------------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 2020	X			X		X								
29 05 2020	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														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Maria Lujoa 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.

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

Apellidos y Nombres Completos JOSEFA JOSEFA JOSEFA	Cédula 112086554P	Unidad ASISTENCIAL TONJA
---	----------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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				
22 05 2020				X										
28 05 20				X						X				
27 05 20				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Josefa Josefa Josefa Identificado (a) con CC: 112086554P, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Diego Alejandro Rojas Montiel	<b>Cédula</b> 10906917	<b>Unidad</b> ADMINISTRATIVO CONSULTA ESTERIL
---	---------------------------	--

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
22 05 20	X	-	-	X	-	-	X	-	X	-	-	BATA NUEVA	[Firma]
23 05 20	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	BATA NUEVA	[Firma]
24 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	BATA NUEVA	[Firma]
27 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	BATA NUEVA	[Firma]
28 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	BATA NUEVA	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Diego Alejandro Rojas Montiel Identificado (a) con CC: 10906917, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Jairo Erazo	<b>Cédula</b> 9180163	<b>Unidad</b> C. Esteril
--	--------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
22 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	X		[Firma]	
22 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		[Firma]	
26 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	X		[Firma]	
27 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	X		[Firma]	
28 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, John Jairo Erazo Identificado (a) con CC: 9180163, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jenny Gabriela Estrélez Martínez	105234070	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		
25 05 20				X					X			
24 05 20				X								
20 05 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Jenny Gabriela Estrélez Martínez Identificado (a) con CC: 105234070, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800010303  
 Línea Correo Electrónico: 01800010303



4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Eduardo Gutierrez Pineda</i>	<i>91244689</i>	<i>Asistencial</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cefia	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			<i>[Firma]</i>
29 04 2020				X					X			<i>[Firma]</i>
11 05 2020	X			X					X		<i>Entrega 5 tapabocas</i>	<i>[Firma]</i>
18 05 2020	X			X					X		<i>Entrega 6 tapabocas</i>	<i>[Firma]</i>
26 05 2020	X			X					X		<i>Entrega 3 tapabocas</i>	<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, *Eduardo 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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Fajardo Serrano Angela Dorely</i>	<i>24167297</i>	<i>Asistencial</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cefia	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	X			X					X			<i>[Firma]</i>
14 05 2020	X			X					X		<i>Entrega tapabocas 5</i>	<i>[Firma]</i>
18 05 2020	X			X					X		<i>Tapabocas 2</i>	<i>[Firma]</i>
20 05 2020	X			X					X		<i>Tapabocas 4</i>	<i>[Firma]</i>
28 05 2020	X			X					X		<i>Tapabocas 3</i>	<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, *Angela Dorely Fajardo 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 Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
RODRIGUEZ, NANCY LENIN	99'536-444	Duitama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafá de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas		
30 04 2020				✓		✓						
04 05 2020				✓								
06 05 2020	✓			✓					X		observación 5 tapabocas desechables	
11 05 2020	✓			✓							se entregaron 5 tapabocas.	
18 05 2020	✓			✓							se entregaron 1 tapabocas	
20 05 2020	✓			✓							se entregaron 5 tapabocas	
26 05 2020	✓			✓							se entregaron 3 tapabocas	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Lenin Rodríguez Nancy Identificado (a) con CC: 99'536444, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<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
Triana Triana Hiday	46458143	Duitama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafá de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas		
21 04 020				X					X			
23 04 020				X								
25 04 020				X								
27 04 020				X								
29 04 020				X								
04 05 020	X			X					X		4 Tapabocas.	
17 05 020	X			X					X		5 Tapabocas.	
19 05 020	X			X					X		1 Tapabocas.	
20 05 020				X							4 Tapabocas	
28 05 020	X			X					X		3 Tapabocas	
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	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 Atibata + 1 gorra	
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, Gloria Isabel Avenida Identificado (a) con CC: 1049628122, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
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	X			X					X		4 tapabocas.	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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.

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010333



	<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	46956242	DETSALUD DORTAMA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
28 04 20				X					X			DIANA ACELO
30 04 20				X								DIANA ACELO
5 05 20				X								DIANA ACELO
7 05 20				X					X			DIANA ACELO
11 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
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, DIANA PATRICIA ACELO Identificado (a) con CC: 46956242, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
DIANAMARCELA CERCAO AVELLA	1053608206	DETSALUD DORTAMA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
11 05 20	X			X					X		—	DIANA
12 05 20				X							—	DIANAC
13 05 20				X							—	DIANAC
14 05 20				X							—	DIANAC
15 05 20				X							—	DIANAC
18 05 20				X					X		5 tapabocas y 1 bata	DIANA
19 05 20				X								DIANAC
20 05 20				X								DIANAC
21 05 20				X								DIANAC
22 05 20				X								DIANAC
23 05 20				X								DIANAC
26 05 20				X					X		4 tapabocas y 1 bata	DIANAC

Yo, DIANAMARCELA CERCAO AVELLA 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.



	<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>
Euzayn Lucia Cepeda Higuera	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	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	X			X					X			3 tapabocas - 1 bata des	<i>Euzayn Lucia Cepeda Higuera</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Euzayn Lucia Cepeda Higuera 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.

	<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>
Jimenez Pineda José Luis	80 258 638	Jersalud Quitandía

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
06 05 20				X								3 tapabocas desechables	<i>José Luis Jimenez</i>
30 04 20									X			1 bata desechable	<i>José Luis Jimenez</i>
06 05 20	X											1 cofia desechable	<i>José Luis Jimenez</i>
17 05 20				X					X			6 tapabocas, 1 bata	<i>José Luis Jimenez</i>
18 05 20	X			X					X			6 tapabocas, 1 bata, 1 cofia	<i>José Luis Jimenez</i>
28 05 20	X			X					X			3 tapabocas, 1 bata, 1 cofia	<i>José Luis Jimenez</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Nancy Mogollón	23323920	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 05 20	✓			✓	✓							6 tapabocas	
18 05 20	✓			✓	✓								
20 05 20				✓	✓							3 tapabocas	
26 05 20	✓			✓							✓	5 tapabocas	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

	<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
Esteban Schimid Carlos Franco	29369809	Dpto

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
09 05 20	✓			X							X	2 tapabocas 1 bata 1 gorro	
17 05 20				✓								6 Tapabocas	
18 05 20	✓			X							X	1 Bata 1 gorro 1 cofia	
20 05 20				✓								4 tapabocas	
28 05 20	X			✓							X	4 tapabocas 1 cofia 1 bata	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Carlos F Esteban Identificado (a) con CC: 29369809, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Luz Kayne Salazar Gusler	1090415369	Dutama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 04 20	X			X					X		-teleconsulta nutricion.	LJS
19 05 20	X			X					X		-teleconsulta nutricion	LJS
20 05 20				X							-2 tapabocas	LJS
28 05 20	X			X					X		-bata, 1cofia, 1-tapabocas	LJS
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
Lina M Araque	46672428	Administrativa

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

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Edlida de aguas	<b>Cédula</b> 32775986	<b>Unidad</b> 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
	Cofre	Monografía de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 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													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Edlida 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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sebastian Rivera Gutierrez	<b>Cédula</b> 1049614080	<b>Unidad</b> 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
	Cofre	Monografía de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20		X		X					X			Elementos de EPP	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 0180001910303  
VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Beranda P. Nancy Constanza</u>	<b>Cédula</b> <u>46.370.222</u>	<b>Unidad</b> <u>Sog</u>
---	------------------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 05 2020				X					X		elementos de epp	M. Constanza B
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Nancy Constanza Beranda 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>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Hernandez Hernandez Deisy Carolina</u>	<b>Cédula</b> <u>1.049.631.798</u>	<b>Unidad</b> <u>Sociedad C. 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	Monopala 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		elementos de epp	Deisy Carolina
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, Deisy Carolina Hernandez H. identificado (a) con CC: 1049.631.798, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0800091033  
**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>Carrillo Lopez Cesar</u>	<u>9530770</u>	

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

Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monopatín de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polinias
20 05 20				X					X		elementos de epp	
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, 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
<u>Deisy Vargas Barera</u>	<u>1057525417</u>	<u>Sagamasco</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	Monopatín de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polinias
20 05 20				X					X		elementos de epp	
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, Deisy Vargas Barera identificado (a) con CC: 1057525417, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofre	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
26 05 20				X								X		Ana Romero
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Ana 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
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Ana Zarada Cosba Nunez	<b>Cédula</b> 46.377 485	<b>Unidad</b> Segamont
--	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofre	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
26 05 2020				X								X		Ana Zarada
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Ana Zarada Cosba N Identificado (a) con CC: 46.377 485, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monopis 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		EPP	MILENA QUINTERO
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
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.**

	<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>
Malaver Avendaño 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
	Coifa	Monopis 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		Elemento EPP	Sandra Malaver
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, 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 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
Giovanni Rodriguez S.	9'396.880	Seguros

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
DD	MM	AA	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pollainas
26	05	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												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303  
 Línea Correo Nacional: 01800010303  
**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>
Leidy Joani Butrago Sanabria	1053338976	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	Pólintas				
18 05 2020	X			X							X	los Tapabocas no cumplen con el sello de protección	[Firma]	
19 05 2020				X									"	[Firma]
20 05 2020				X									"	[Firma]
21 05 2020				X									"	[Firma]
22 05 2020				X									"	[Firma]
23 05 2020				X									"	[Firma]
26 05 2020				X							X		"	[Firma]
27 05 2020				X									"	[Firma]
28 05 2020				X									"	[Firma]
29 05 2020				X									"	[Firma]
30 05 2020														
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>
Melissa Cardena?	1053348812	Chiquinquirá

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas				
26 05 2020	X			X							X	Tapabocas NO cumple con el sello de calidad ni seguridad	Melissa C	
27 05 2020				X									los tapabocas son demandado artesanalmente	Melissa C
28 05 2020				X										Melissa C
29 05 2020														
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												

Yo, \_\_\_\_\_ 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  
 Unidad Central Nacional, E. 01000190333  
**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> Julliano Suarez	<b>Cédula</b> 1053349179	<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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 05 2020				X							El tapabocas no cumple con el sello de calidad, se retiró	Julliano S
25 05 2020				X							"	Julliano S
26 05 2020				X				X			"	Julliano S
27 05 2020				X							"	Julliano S
28 05 2020				X							"	Julliano S
29 06 2020				X							El tapabocas no cumple con el sello de seguridad	Julliano S
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> Erika Saucedo	<b>Cédula</b> 1082896913	<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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 05 2020				X								- Erika Saucedo
22 05 2020				X								- Erika Saucedo
26 05 2020	X			X		X			X			- Erika Saucedo
27 05 2020				X								- Erika Saucedo
28 05 2020				X								Erika Saucedo
29 05 2020				X								Erika Saucedo
30 05 2020				X								Erika Saucedo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 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> Gloria Ballesteros Salgado	<b>Cédula</b> 1053744017	<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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
21 05 2020				X							apabocas No cumple con filtro Seguridad	Nareluis Ballesteros
22 05 2020				X							//	Nareluis Ballesteros
23 05 2020				X							"	Nareluis Ballesteros
26 05 2020	X			X						X	//	Nareluis Ballesteros
27 05 2020				X							//	Nareluis Ballesteros
28 05 2020				X							//	Nareluis Ballesteros
29 05 2020				X								Nareluis Ballesteros
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 Poncamio	<b>Cédula</b> 1053340626	<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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
22 05 2020				X								Shirley R.
26 05 2020				X					X			Shirley R.
27 05 2020				X								Shirley R.
28 05 2020				X								Shirley R.
29 05 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 Correo Nacional: 018000910302  
**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 v 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		
26 05 20				X								
27 05 20				X								
28 05 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
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 v 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		
26 05 20				X								
27 05 20				X								
28 05 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 05 20				X					X			Deisy Garcia
27 05 20				X								Deisy Garcia
28 05 20				X								Deisy Garcia
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 05 20				X					X			Leidy Saenz
27 05 20				X								Leidy Saenz
28 05 20				X								Leidy Saenz
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910333  
 VIGILADO

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 v Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Dominquez Almondo</u>	<u>531407</u>	<u>Garagoa</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 enel Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
19 05 20	X	X		X	X	X			X	X		
20 05 20	X	X		X	X	X			X	X		
21 05 20	X	X		X	X	X			X	X		
22 05 20	X	X		X	X	X			X	X		
23 05 20	X	X		X	X	X			X	X		
24 05 20	X	X		X	X	X			X	X		
25 05 20	X	X		X	X	X			X	X		
26 05 20	X	X		X	X	X			X	X		
27 05 20	X	X		X	X	X			X	X		
28 05 20	X	X		X	X	X			X	X		
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos v Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Pairedo Avila Fanny</u>	<u>33676330</u>	<u>Garagoa</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 enel Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
19 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X		<u>Fanny C</u>
20 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X		
21 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X		
22 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X		
23 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X		
24 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X		
25 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X		
26 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X		
27 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X		
28 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X		
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Fanny Pairedo 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019033  
 Línea de Control Normativo: 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> Camelo Suarez Mary	<b>Cédula</b> 33676746	<b>Unidad</b> Sala 909
--	---------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 05 20	X			X									[Signature]
20 05 20	X			X									[Signature]
21 05 20	X			X									[Signature]
22 05 20	X			X									[Signature]
23 05 20	X			X									[Signature]
24 05 20	X			X									[Signature]
25 05 20	X			X									[Signature]
26 05 20	X			X									[Signature]
27 05 20	X			X									[Signature]
28 05 20	X			X									[Signature]
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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Gutierrez Diana Diana	<b>Cédula</b> 102082786	<b>Unidad</b> Sala 909
---	----------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Signature]
20 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Signature]
21 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Signature]
22 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Signature]
23 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Signature]
24 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Signature]
25 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Signature]
26 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Signature]
27 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Signature]
28 05 20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Signature]
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Diana Rocío Gutiérrez Identificado (a) con CC: 102082786, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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**



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 v Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yuly Marcela Muñoz Romero	1014188597	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		
22 05 20	X			X					X			Yuly Muñoz
23 05 20	X			X					X			Yuly Muñoz
25 05 20	X			X					X			Yuly Muñoz
26 05 20	X			X					X			Yuly Muñoz
27 05 20	X			X					X			Yuly Muñoz
28 05 20	X			X					X			Yuly Muñoz
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Yuly Marcela Muñoz Identificado (a) con CC: 1014188597, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 v Nombres Completos	Cédula	Unidad
Niyeth Daniela Castro Martínez	1099799152	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24. 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		
22 05 20	X	X	X	X		X			X			Daniela C
25 05 20	X	X	X	X		X			X			Daniela C
26 05 20	X	X	X	X		X			X			Daniela C
27 05 20	X	X	X	X		X			X			Daniela C
28 05 20	X	X	X	X		X			X			Daniela C
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Niyeth Daniela Castro M Identificado (a) con CC: 1099799152, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 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
MELISSA PUPU MAENO	10457253-13	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
22 05 20			X	X		X			X			<i>MP</i>
23 01 20			X	X		X			X			<i>MP</i>
25 05 20			X	X		X			X			<i>MP</i>
26 05 20			X	X		X			X			<i>MP</i>
27 05 20			X	X		X			X			<i>MP</i>
28 01 20			X	X		X			X			<i>MP</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Melissa Pupu Maeno Identificado (a) con CC: 10457253-13, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800010333



4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá

Jersalud		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos			Cédula			Unidad							
KAREN YESENIA FRANCO VARGAS			1057411768			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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
				1								KAREN FRANCO	
	1			1					1			KAREN FRANCO	
				1								KAREN FRANCO	
				1								KAREN FRANCO	
Yo, <u>Karen Yesenia Franco Vargas</u> Identificado (a) con CC: <u>1057411768</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.													

Jersalud		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos			Cédula			Unidad							
ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR			24080048			JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ							
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.													
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
				1								<i>Alix Acevedo</i>	
				1					1			<i>Alix Acevedo</i>	
				1								<i>Alix Acevedo</i>	
	1			1								<i>Alix Acevedo</i>	
Yo, _____ Identificado (a) con CC: _____, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.													

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Soatá, D.C.  
 Línea Central Nacional: 01800019333  
 Correo Electrónico: [atencionalcliente@jersalud.com](mailto:atencionalcliente@jersalud.com)  
**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 PAULA CAMPOS BUITRAGO	1140868607	JERSALUD S.A.S SEDE BOATÁ

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

Yo, Maria Paula Campos Identificado (a) con CC: 1140.868.607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<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 BOATÁ

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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					
	1			1											
				1											
				1			2								
				1			6								
				1			4								

Yo, Flor Isabel Serrano Avendaño Identificado (a) con CC: 23.552.508, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

### 4.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Darwin Miguel Gomez Leon	1121829774	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 1964, Dec. 982 de 1964, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23	5	2020											
24	5	2020											
25	5	2020											
26	5	2020	X	X		X	X	X			X		Art. Computero
27	5	2020	X	X		X	X	X			X		Art. Computero
28	5	2020	X	X		X	X	X			X		Art. Computero
29	5	2020	X	X		X	X	X			X		Art. Computero
30	5	2020											
31	5	2020											

Yo, Darwin Gomez Leon identificado (a) con CC: 1121829774, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
July Catalina Rojas Herrera	40326034	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 1964, Dec. 982 de 1964, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23	5	2020											
24	5	2020											
25	5	2020											
26	5	2020	X	X		X	X	X			X		Consulta Virtual
27	5	2020	X	X		X	X	X			X		Consulta Virtual
28	5	2020	X	X		X	X	X			X		Consulta Virtual
29	5	2020	X	X		X	X	X			X		P. virtual
30	5	2020											
31	5	2020											

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos  
 Línea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Jovanna Lizeth Córdoba</u>	Cédula <u>35 263 051</u>	Unidad
--	-----------------------------	--------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
23 5 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Consulta Virtual	<i>[Firma]</i>
24 5 2020												
25 5 2020												
26 5 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Consulta Virtual	<i>[Firma]</i>
27 5 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Consulta Virtual	<i>[Firma]</i>
28 5 2020												
29 5 2020												
30 5 2020												
31 5 2020												

Yo, Jovanna Lizeth Córdoba Dissen Identificado (a) con CC: 35 263 051, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 175 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.5.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
23 5 2020												
24 5 2020												
25 5 2020												
26 5 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	Virtual	<i>[Firma]</i>
27 5 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	Virtual	<i>[Firma]</i>
28 5 2020												
29 5 2020												
30 5 2020												
31 5 2020												

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

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> Angela Camacho	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
--	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
23	5	2020												
24	5	2020												
25	5	2020												
26	5	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ka (controlar)	[Firma]
27	5	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ka (controlar)	[Firma]
28	5	2020												
29	5	2020												
30	5	2020												
31	5	2020												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Angelica Carreras Diaz	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Vivo
--	---------------	-----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
23	5	2020												
24	5	2020												
25	5	2020												
26	5	2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit en el consultorio	[Firma]
27	5	2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit en el consultorio	[Firma]
28	5	2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit en el consultorio	[Firma]
29	5	2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit en el consultorio	[Firma]
30	5	2020												
31	5	2020												

Yo, Angelica Carreras Diaz identificado (a) con CC: 40305390, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Corredor Nacional: 01800010333  
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Jose Romero Ramirez</u>	Cédula	Unidad <u>Vao</u>
---	--------	----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas				
23	5	2020												
24	5	2020												
25	5	2020												
26	5	2020	✓	✓		✓	✓	✓		✓				
27	5	2020	✓	✓		✓	✓	✓		✓				
28	5	2020	✓	✓		✓	✓	✓		✓				
29	5	2020												
30	5	2020												
31	5	2020												

Yo, Jose Romero R identificado (a) con CC: 86.000.094, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Paola Tulibila</u>	Cédula	Unidad <u>Vao</u>
--	--------	----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas				
23	5	2020												
24	5	2020												
25	5	2020		X		X						Festivo Paola Tulibila C. Paola Tulibila C. Paola Tulibila C.		
26	5	2020	X			X								
27	5	2020	X			X								
28	5	2020	X			X								
29	5	2020												
30	5	2020												
31	5	2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000191333  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Aura Hilena Posa.</u>	Cédula	Unidad <u>Vico.</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 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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23	5	2020											
24	5	2020											
25	5	2020											
26	5	2020	/	X	X							Las mascararas tienen muchos	<i>Aura Hilena Posa</i>
27	5	2020		X	X							Pelitos y dan alergia	<i>Aura Hilena Posa</i>
28	5	2020		X	X								<i>Aura Hilena Posa</i>
29	5	2020											
30	5	2020											
31	5	2020											

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Blanca Licarvajal Moreno.</u>	Cédula	Unidad <u>Vico.</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 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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23	5	2020											
24	5	2020											
25	5	2020											
26	5	2020	X	X		X				X			<i>Blanca Licarvajal Moreno</i>
27	5	2020	X	X		X				X			<i>Blanca Licarvajal Moreno</i>
28	5	2020	X	X		X				X			<i>Blanca Licarvajal Moreno</i>
29	5	2020											
30	5	2020											
31	5	2020											

Yo, Blanca Licarvajal Moreno Identificado (a) con CC: 35.262.590, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Diego Fernando Bocanegra	<b>Cédula</b> 1107054334	<b>Unidad</b> Viro
--	-----------------------------	-----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cefia	Monogafn de seguridad	Carata desechable	Tapabocaz desechables	Tapabocaz N95 con valvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleinas			
23	5	2020											
24	5	2020											
25	6	2020											
26	5	2020											
27	5	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	1	-	Diego Bocanegra
28	5	2020											
29	5	2020											
30	5	2020											
31	5	2020											

Yo, Diego Bocanegra identificado (a) con CC: 1.107054334, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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> Windy Gaitan.	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Viro
---	---------------	-----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cefia	Monogafn de seguridad	Carata desechable	Tapabocaz desechables	Tapabocaz N95 con valvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleinas			
23	5	2020	X	X		X					X		Windy G.
24	5	2020											
25	5	2020											
26	5	2020	X	X		X					X		Windy G.
27	5	2020	X	X		X					X		Windy G.
28	5	2020											
29	5	2020											
30	5	2020											
31	5	2020											

Yo, Windy Gaitan identificado (a) con CC: 1120865461, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Juan Camilo Puentes</u>	C.C. (C.I.) <u>101082835</u>	Departamento <u>Vao</u>
---	---------------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
23	5	2020											
24	5	2020											
25	5	2020											
26	5	2020	✓			✓						OH	
27	5	2020	✓			✓						OH	
28	5	2020	✓			✓						OH	
29	5	2020											
30	5	2020											
31	5	2020											

Yo, Juan Camilo Puentes Identificado (a) con CC: 101082835 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Leidy Velasquez</u>	C.C. (C.I.) <u>1.121.821.832</u>	Departamento <u>Vao</u>
---	-------------------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
23	5	2020											
24	5	2020											
25	5	2020											
26	5	2020											
27	5	2020	X	X		X							
28	5	2020	X			X							
29	5	2020											
30	5	2020											
31	5	2020											

Yo, Leidy Velasquez Identificado (a) con CC: 1.121.821.832 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres completos <u>Gamile Sabagal</u>	CÉDULA <u>70392862</u>	ORGANIZACION <u>WU</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	Pollinias				
23	5	2020												
24	5	2020												
25	5	2020												
26	5	2020	SI	SI	-	SI	-	SI	-	SI	-			YSD
27	5	2020	SI	SI	-	SI	-	SI	-	SI	-			YSD
28	5	2020												
29	5	2020												
30	5	2020												
31	5	2020												

Yo, Gamile Sabagal Identificado (a) con CC: 70392862, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres completos <u>Nini Peña</u>	CÉDULA <u>30937322</u>	ORGANIZACION <u>WU</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	Pollinias				
23	5	2020												
24	5	2020												
25	5	2020												
26	5	2020	X			X								WU
27	5	2020	X			X								WU
28	5	2020	X			X								WU
29	5	2020												
30	5	2020												
31	5	2020												

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Jairo Santamaría</u>	Cédula <u>19372804</u>	Unidad <u>Vmo</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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelotas				
23	5	2020												
24	5	2020												
25	5	2020												
26	5	2020	X	X		X					X			
27	5	2020	X	X		X					X			
28	5	2020	X	X		X					X			
29	5	2020												
30	5	2020												
31	5	2020												

Yo, Jairo A. Santamaría Identificado (a) con CC: 19372804, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Sandra Varela</u>	Cédula <u>40340723</u>	Unidad <u>Vmo</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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelotas				
23	5	2020		X		X								
24	5	2020												
25	5	2020												
26	5	2020		X		X								
27	5	2020		X		X								
28	5	2020												
29	5	2020												
30	5	2020												
31	5	2020												

Yo, Sandra 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 Corrala Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres completos <u>Omar Avila</u>	Cédula <u>86063039</u>	Unidad <u>Vivo</u>
--	---------------------------	-----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmicas			
23	5	2020											
24	5	2020											
25	5	2020											
26	5	2020											
27	5	2020	X	X		X							
28	5	2020											
29	5	2020											
30	5	2020											
31	5	2020											

Yo, Omar R. Avila C. Identificado (a) con CC: 86063039, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

#### 4.2.2 Entrega elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Liliana Fgao</u>	Cédula <u>A 43920473</u>	Unidad <u>Jersalud PO Gaitan</u>
--	-----------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmicas			
08	05	20											
09	05	20											
11	05	20											
12	05	20											
13	05	20											
14	05	20											
15	05	20											
18	05	20											
19	05	20											
20	05	20											
21	05	20											
22	05	20											



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Juliana Lopez	<b>Cédula</b> 48920493	<b>Unidad</b> Jersalud PTO Canton
---	---------------------------	--------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pajamas		
23 05 20				X								[Firma]
25 05 20				X								[Firma]
26 05 20				X								[Firma]
27 05 20				X								[Firma]
28 05 20				X								[Firma]

	<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> [Empty]	<b>Unidad</b> Jersalud PTO Canton
--	--------------------------	--------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pajamas		
08 05 20		X		X					X			[Firma]
09 05 20				X								[Firma]
11 05 20				X								[Firma]
12 05 20				X								[Firma]
13 05 20				X								[Firma]
14 05 20				X								[Firma]
15 05 20				X								[Firma]
18 05 20				X								[Firma]
19 05 20				X								[Firma]
20 05 20				X								[Firma]
21 05 20				X								[Firma]
22 05 20				X								[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad de Control y Vigilancia Epidemiológica  
 Calle Comuna Nacional, 010000190332  
**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> Martha Rodriguez	<b>Cédula</b> 	<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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
23 05 20				✓								Martha Rodriguez
25 05 20				✓								Martha Rodriguez
26 05 20			✓	✓							✓	Martha Rodriguez
27 05 20				✓								Martha Rodriguez
28 05 20				✓								Martha Rodriguez
29 05 20												
30 05 20												
31 05 20												
01 06 20												
02 06 20												
03 06 20												
04 06 20												
05 06 20												
06 06 20												
07 06 20												

	<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 Potho	<b>Cédula</b> 1.043000119	<b>Unidad</b> Jersalud pto Guatara
--	------------------------------	---------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08 05 20				X								Sandra
09 05 20				X								Sandra
11 05 20				X								Sandra
12 05 20				X								Sandra
13 05 20				X								Sandra
14 05 20		X		X					X			Sandra
15 05 20				X								Sandra
18 05 20		X		X					X			Sandra
19 05 20				X								Sandra
20 05 20				X								Sandra
21 05 20				X								Sandra
22 05 20				X								Sandra

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> Sandra Padino	<b>Cédula</b> 1023000119	<b>Unidad</b> jersalud pro carton
---	-----------------------------	--------------------------------------

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	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas		
23 05 20				X								Sandra Padino
25 05 20				X								Sandra Padino
26 05 20				X								Sandra Padino
27 05 20				X								Sandra Padino
28 05 20												
29 05 20												
30 05 20												
31 05 20												

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
1 6 2020				X		X						[Firma]
3 6 2020				X		X						[Firma]
8 6 2020	X	X		X		X			X		SE REALIZO A TENCION PRESENCIAL.	[Firma]
7 6 2020				X		X						[Firma]
8 6 2020				X		X						[Firma]
9 6 2020				X		X						[Firma]
11 6 2020				X		X						[Firma]
12 6 2020				X		X						[Firma]
13 6 2020				X		X						[Firma]
14 6 2020				X		X						[Firma]
15 6 2020				X		X						[Firma]
16 6 2020				X		X						[Firma]
19 6 2020				X		X						[Firma]
20 6 2020				X		X						[Firma]
21 6 2020				X		X						[Firma]
22 6 2020				X		X						[Firma]
23 6 2020				X		X						[Firma]
25 6 2020				X		X						[Firma]
27 6 2020				X		X						[Firma]
28 6 2020				X		X						[Firma]
29 6 2020				X		X						[Firma]
30 6 2020				X		X						[Firma]
31 6 2020				X		X						[Firma]

Yo, Rosalía Velásquez López (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.



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

<b>Apellidos y Nombres completos</b> JOSÉ ROBERTO MEJIA CASTRO	<b>Cédulas</b> 1265313	<b>Tipología</b> CONSULTA EXTERNA
---	---------------------------	--------------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 173 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2013 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha	Hora	Atención	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma		
			Cofia	Mantenido de seguridad	Guantes desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Saba desechable	Polainas				
4	5	2020	X	X		X		X					X			
5	5	2020	X	X		X		X					X			
6	5	2020													NO SE ATENDIERON PACIENTES DE FORMA PRESENCIAL	
7	6	2020													NO SE ATENDIERON PACIENTES DE FORMA PRESENCIAL	
8	5	2020	X	X		X		X					X			
9	6	2020		X		X		X					X			
11	5	2020		X		X		X					X			
12	6	2020		X		X		X					X			
13	5	2020		X		X		X					X			
14	5	2020		X		X		X					X			
15	5	2020		X		X		X					X			
16	5	2020		X		X		X					X			
18	5	2020		X		X		X					X			
20	5	2020		X		X		X					X			
21	5	2020		X		X		X					X			
22	5	2020		X		X		X					X			
23	5	2020		X		X		X					X			
26	5	2020		X		X		X					X			
27	6	2020		X		X		X					X		NO KEDO PK PUES CE	
28	5	2020		X		X		X					X			
29	5	2020														
30	6	2020														
31	6	2020														

Yo, JOSÉ ROBERTO MEJIA CASTRO Identificado (a) con CC: 1265313 , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800010333  
**VIGILADO**



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

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

Conforme a la normatividad en seguridad en el espacio, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 688 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2430 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.8.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DIA/MES/AÑO)			Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
Cedula	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 1955 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas						
4	5	2020			X		X								MARGARITA
5	5	2020			X		X								MARGARITA
6	5	2020			X		X								MARGARITA
7	5	2020			X		X								MARGARITA
8	5	2020			X		X								MARGARITA
9	5	2020			X		X								MARGARITA
11	5	2020			X		X								MARGARITA
12	5	2020			X		X								MARGARITA
13	5	2020			X		X								MARGARITA
14	5	2020			X		X								MARGARITA
15	5	2020			X		X								MARGARITA
18	5	2020			X		X								MARGARITA
19	5	2020			X		X								MARGARITA
20	5	2020			X		X								MARGARITA
21	5	2020			X		X								MARGARITA
22	5	2020			X		X								MARGARITA
23	5	2020			X		X								MARGARITA
25	5	2020			X		X								MARGARITA
27	5	2020			X		X								MARGARITA
28	5	2020			X		X								MARGARITA
29	5	2020			X		X								MARGARITA
30	5	2020			X		X								MARGARITA
31	5	2020			X		X								MARGARITA

Yo, 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: 018000910303  
 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>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
LILIANA CELEDONIA FONSECA	37,094,408	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 5 20				X		X					Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
27 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
28 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
29 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
30 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>

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

	<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>
YADIRA TORO PINEDA	1,122,130,462	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 5 20				X		X		X			Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
27 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
28 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
29 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
30 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ADRIANA LORENA REY	<b>Cédula</b> 1,019,071,171	<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	Polinias		
26 5 20				X		X					Gorro quirurgico	
28 5 20				X		X						
30 5 20				X		X						

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

	<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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
26 5 20				X		X					Gorro quirurgico	
27 5 20				X		X						
28 5 20				X		X						
29 5 20				X		X						
30 5 20				X		X						

Yo, Jorge Clavijo Identificado (a) con CC: 79.958.924, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central 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> HAIDIVY ROMERO BERNAL	<b>Cédula</b> 52,776,902	<b>Unidad</b> ADMINISTRATIVO
---	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 5 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
27 5 20				X		X						
28 5 20				X		X						
29 5 20				X		X						
30 5 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> NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	<b>Cédula</b> 1,122,120,131	<b>Unidad</b> ADMINISTRATIVO
--	--------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 5 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
27 5 20				X		X						
28 5 20				X		X						
29 5 20				X		X						
30 5 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 Atención al Ciudadano: 0800910333  
 Línea Correo Nacional: 0800910333  
**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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
24 5 20				X		X					Gorro quirurgico	<i>[Firma]</i>
27 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>
28 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>
29 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>
30 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>

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

### 4.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

	<b>FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		versión: 02
		ene-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	<b>Cargo</b> MEDICO GENERAL	<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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal y/o dotación.

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General			Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia						Firma	Observaciones					
	Visualizador administrativo	camisa	corbata	Uniforme (conjunto)	Zapatos - Tena	Cofia	Gafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Pelatinas	lino. Cuál ?	Brazalete	Chaleco reflectivo	Silbato			Guantes de nylon	Linterna	Radio de Onda corta	Paleta ( Pacer / Siga)	
26 5 2020																										
27 5 2020								X		X		X														<i>[Firma]</i>
28 5 2020								X		X																<i>[Firma]</i>

Yo, Diego A. Baron identificado (a) con CC: 1.110.496.227. Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

#### USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> MARIAN GISELLE CASTRO	<b>Cargo</b> MEDICO GENERAL	<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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal y/o dotación.

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia						Firma	Observaciones				
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tente	Cofia	Gafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Polainas	oto, Cuid?	Brazalete	Chaleco reflectivo	Silbato	Guantes de nylon			Linterna	Radio de Onda corta	Pelota ( Pae / Sgal)	
26 5 2020								X		X			X												Marian G	
27 5 2020								X		X			X												Marian G	
28 5 2020								X		X			X													
29 5 2020																										

Yo, Marian G. Castro identificado (a) con CC: 1121627319, Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	<b>Cargo</b> JEFE ENFERMERIA	<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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal y/o dotación.

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia						Firma	Observaciones				
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tente	Cofia	Gafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Polainas	oto, Cuid?	Brazalete	Chaleco reflectivo	Silbato	Guantes de nylon			Linterna	Radio de Onda corta	Pelota ( Pae / Sgal)	
26 5 2020								X		X			X												Andrea	
27 5 2020								X		X			X												Andrea	
28 5 2020								X		X			X													
29 5 2020								X		X			X													

Yo, Andrea Santos R. identificado (a) con CC: 40449516, Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	<b>Cargo</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO	<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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal y/o dotación.

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia					Firma	Observaciones					
	Vestido administrativo	carreta	carbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tena	Coifa	Gafas de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Pelotas	otro, Cual ?	Brazalete	Chaleco reflectivo	Sillabito			Guantes de nylon	Linterna	Radio de Onda corta	Paleta ( Para / Siga)	
26									X	X			X												Maria Murillo	EL UNIFORME DE DOTACION SE ENTREGA ANUALMENTE
27									X	X															Maria Murillo	
28									X	X															Maria Murillo	
29									X	X															Maria Murillo	

Yo, Maria Olinda Murillo Herrera identificado (a) con CC: 902445-1341, Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> DIANA MARCELA SANCHEZ	<b>Cargo</b> AUXILIAR ENFERMERIA	<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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal y/o dotación.

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia					Firma	Observaciones					
	Vestido administrativo	carreta	carbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tena	Coifa	Gafas de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Pelotas	otro, Cual ?	Brazalete	Chaleco reflectivo	Sillabito			Guantes de nylon	Linterna	Radio de Onda corta	Paleta ( Para / Siga)	
26									X	X			X												Diana Sanchez	EL UNIFORME DE DOTACION SE ENTREGA ANUALMENTE
27									X	X															Diana Sanchez	
28									X	X															Diana Sanchez	
29									X	X															Diana Sanchez	

Yo, Diana Marcela Sanchez Alzate identificado (a) con CC: 1170-30043, Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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



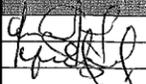


**4.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare**  
**4.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos:</b>	<b>Cédula:</b>	<b>Unidad:</b>
Gonzalez Cuevas Ysella	4744197	Administrativa.

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

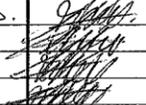
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 05 2020	X										Tapabocas reutilizable	
29 05 2020				X								

Yo, Ysella Gonzalez Cuevas Identificado (a) con CC: 47 44197, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>
Socha Barreto Yorz Jackson.	118574733.	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 05 2020	X										Bata con masamita artificial.	
21 05 2020	X			X								
28 05 2020	X											

Yo, Yorz Socha Identificado (a) con CC: 118574733, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Jimenez Rojas Oscar Hernando</u>	Cédula <u>1.054.090740</u>	Unidad <u>Asistencia 1</u>
--	-------------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas				
13 05 2020	X*2			X*2								Se entrega pag. * 2.		
20 05 2020	X*3			X*3										
27 05 2020	2			2										

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Fonseca Leon Soledy</u>	Cédula <u>1049626113</u>	Unidad <u>Asistencia 1</u>
---	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
21 05 2020	3				1							Sin valvula.	
27 05 2020				2									

Yo, Soledy Paola Fonseca L., identificado (a) con CC: 1049626113, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Duarte Santos César Alberto	1 047 438 183	Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 05 2020	X			X		X						Paquete * 4 unidades.	César Duarte
19 05 2020	X			X		X						Paquete * 4 unidades.	César Duarte
20 05 2020					X							sin válvula	César Duarte
27 05 2020	X			X								Pq - * 4.	César Duarte

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

	<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 Torres Kelly Vanessa	1 010 201 040	Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 05 2020	X*4			X*4		X*4						Se entrega para completar semana	Kelly Ruiz P.
19 05 2020	X*4			X*4		X*4						Paquete * 4 - Guantes cuya adquisición	Kelly Ruiz P.
20 05 2020					X							sin válvula	Kelly Ruiz P.
27 05 2020	X			X									Kelly Ruiz P.

Yo, Vanessa Ruiz Torres Identificado (a) con CC: 1010201040, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, 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
Charrys Yuleys Vanessa	1090015590	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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
15 05 2020	X														
21 05 2020					X									Tiene mascarilla reutilizable sin válvula / Guantes de disponibilidad	J Charrys
26 05 2020									X						J Charrys
28 -05 2020									X						J Charrys

Yo, Yuleys Vanessa Charrys Gramer 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	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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
15 05 2020	X														
<del>20 05 2020</del>															
21 05 2020	X													Bata con mascarilla reutilizable	Natalia Cediel

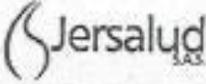
Yo, Natalia Cediel Identificado (a) con CC: 118570378, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los 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.

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



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

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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26-05-2020	Erika Suarez	Medico	Ledy Buitrago

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

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

TOTAL	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: 01800019333  
**VIGILADO**



	<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
26-05-2020	Melisa Calderas	Aux Administrativo	Ledy Burbajo

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

TOTAL	11	3	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	70,51.		
PUNTAJE		0% - 60%	NO CUMPLIDO
		65% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01600010302  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26-05-2020	Ledy Buitrago	Coordinación Asistencial Sede	Ledy B.

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

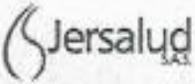
No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	✓			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	✓			
3	Realiza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

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  
 Lima, Correo Electrónico: [ins@minsa.gob.pe](mailto:ins@minsa.gob.pe)  
 Línea Correo Nacional: 01800091033  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26-05-2020	Sirley Porcanco	Área Administrativa	Ceidy Buitrago

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

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

TOTAL	11	2	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	84,6%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Administración  
 Calle Cometa No. 100 - Bogotá, D.C.  
 Teléfono: 01 (800) 910333  
 www.supersalud.gov.co  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26-05-2020	Gloria Ballesteros Medico		Leidy Bartrago

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

Nº	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieren.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polines 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
96% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comuna Nacional, 01000010002  
**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
26-05-2020	Dulciana Suarez	Aux Enfermera	Ledy Buitrago

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



	<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
26/05/2020	MILENA QUINTERO	ENFERMERIA	CAROLINA HERNANDEZ

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) équis 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, monogatas 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	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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010332  
 Línea Correo Nacional: 01800010332  
**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
28/06/2020	DEISY VARGAS	PUNTO SALUSABLE	CAROLINA HERNANDEZ

Calificación del evaluador: 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>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  
 Lima, Coram Nacional, 01800010303  
**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
28/05/2020	CONSTANZA BENAVIDEZ	ATENCIÓN AL USUARIO	CAROLINA HERNANDEZ

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01800010303  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26/05/2020	ANA CUSBA	LINEA DE FRENTE	CAROLINA HERNANDEZ

Calificación del evaluador: 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	

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  
 Linea Control Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26/05/2020	ANA ROMERO	LÍNEA DE FRENTE	CAROLINA HERNANDEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
26/05/2020	SANDRA MALAVER	LINEA DE FRENTE	CAROLINA HERNANDEZ

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

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

<b>TOTAL</b>	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%	SÓBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 01800091033  
 Linea Correo Nacional: 01800091033  
**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
26/05/2020	CESAR CARRILLO	MEDICINA	CAROLINA HERNANDEZ

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033  
 Línea Correo Nacional: 01800091033  
**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
28/05/2020	SEBASTIAN RIVERA	MEDICINA	CAROLINA HERNANDEZ

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea 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
27/05/2020	Gerson Gonzalez	Jersalud Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) oquis 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 adecuado tapabocas
2	Utiliza las guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Guantes prioritaria
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			Guantes prioritaria
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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	1	0	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01800019333  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/05/2020	<i>Irlanda Maria Rojas</i>	Jersalud Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 0180001910302  
**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
27/05/2020	Sandra Maza	Jersalud Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

Calificación del evaluador: 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			por el cofia
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea 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
27/05/2020	Sonia Ruz	Jersalud Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

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

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

TOTAL	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 Atención al Ciudadano  
 Calle Comercio Nacional, 010000190302  
**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
27/05/2020	Enika Johana Bosiga	Jersalud Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

Calificación del evaluador: 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.)		Y		uso de aretes
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				

TOTAL	10	2	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	83,34			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
27/05/2020	Maria Isabel Moreno	Jersalud Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 0180001910332  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/05/2020	Silvia Herrera	Jersalud Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

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

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

TOTAL	11 1 3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	91,67.	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
27/05/2020	Joy Gregorio Molina	Jersalud Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

Calificación del evaluador: 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		X	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800019303  
**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
27/05/2020	<i>Mónica Flores</i>	Jersalud Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

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

TOTAL	74	0	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26 Mayo 2020	Hidalgo Triana	Administrativa	Jenny Cabello (autócrita)

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

TOTAL	73	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100% Sobresaliente		0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Nacional, 01800019333  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26 Mayo 2020	Diana Horcelo Carado	Asistencial	Jenny Gobiclo Caricez

Calificación del evaluador: 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			no cubre la boca
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			usa bata anti-fuondo personal y bata.
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	Sobresaliente	0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional: 010000190302  
**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 Mayo 2020	Diana Patricia Aceiro	Asistencial	Jenny Gobiado Quiroz

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 018000910302  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26 Mayo 2020	Gloria Isabel Nardoni	Administrativa	Jenny Gabriela 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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			uso adecuado de topadoras
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los 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 cura impermeable personal y bata.
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			recibe adecuada capacitación.
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, 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 correctamente.
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comuna Nacional, 010000100032  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26 Mayo 2020	Lina Mileni Araque S.	Administrativa	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 adecuado de Tapabocas uicera facial personal.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los 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 auris Antiruido personal y bata impermeable
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			afirmo recibí correctamente instructivo y capacitación.
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			No utiliza accesorios.
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			uñas correctamente.
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	Sobresaliente	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
26 May 2020	Angela Fojardo	Asistencial	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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

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, 010000190302  
**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
26 Mayo 2020	Luz Lina Solórzano	Asistencial	Jenny Gabriela Quiñonez

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional: 01000010032  
**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 mayo 2020	Jenin Ramirez	Asistencial	Jenny Górriz Górriz

Calificación del evaluador: 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		X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26 MAY 20	Nancy Muplón	Asistencial	Gabriel 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			uso de cubrir zapatos plástico
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

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



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

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

TOTAL	C	NC	NA	PUNTAJE	
	14		7	0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			80% - 94%	ACEPTABLE
	SOBRESALIENTE			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica  
 Calle Cometa No. 100-010333  
 Bogotá, D.C.

VIGILADO



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GD)003
		Versión: 1
		001-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20 Mayo 20	Oswald Estreza	Asistencial	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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.	X			Lo correcto de tapabocas
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			No posee accesorios.
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			Limpas y 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			

TOTAL	14	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	Sobresaliente	0% - 60%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad de Control y Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad de Control y Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad de Control y Vigilancia Epidemiológica  
**VIGILADO**



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

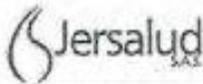
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26 MAY 2020	Lina Alejandra Antón	Administrativa	Jenny Gobierto Guriacé

Calificación del evaluador: 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 cerrado.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los 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 delantal impermeable y bata
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			Firma de documento.
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			se quitó anillo, y cumple.
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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 polvos respirables) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	

TOTAL	12	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	70% satisfactorio		0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGHY027
		Versión: 1
		oct-16
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28 May 2020	Jose MS Jimenez	Administrativo	Jenny Ceballos Gutierrez

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

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

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

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 84%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01800010332  
**VIGILADO**



**5.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Meta**

	<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
28/05/2020	Nini Johana Perez	Asistencia	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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		Cumple	No cumple	No aplica	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Usa correctamente el tapabocas.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda el uso del tapabocas o la máscara al momento.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13 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(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/05/2020	Yamile Saboga	Asistencial	Alicia Cristina Lombono 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
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Usar correctamente el 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 salpicadura.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda usar el tapabocas en todo momento 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 para un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bates, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

<b>TOTAL</b>	13 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(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/05/2020	Jairo Santamaria	Asistencia	Ara Cristina Londoño O

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

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

TOTAL	21	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		



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
28/05/2020	Juan Camilo Puerto	Asistencial	Aura Cristina Landero P.

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad de Control y Vigilancia Epidemiológica  
 Calle Comuna Nacional, 01000010303  
 VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GB)003
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/05/2020	Bianca Li Canigua	Asistencial	Ayca Castro Lombro 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 pueda 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	Se recomienda el uso frecuente de jabón o alcohol de manos. Los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica  
 Calle Comandante Nariño, 010001910002  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
28/05/2020	Maria Milse Navarro	Asistencial	Araza Cristina Lombardi Ovaco

Calificación del evaluador: 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	Uso permanente de toallas y lavado de manos. Los elementos son desechados de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	
<b>TOTAL</b>		<b>13</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		<b>100%</b>			
		<b>0% - 80%</b>		<b>NO CUMPLIDO</b>	
		<b>80% - 94%</b>		<b>ACEPTABLE</b>	
		<b>95% - 100%</b>		<b>SOBRESALIENTE</b>	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comuna Nacional, 010001910002  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/05/2020	Windy Gaitán	Asistencial	Acra Cristina Lombro 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, monogatas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Se permanencia el tiempo en el lavado de manos. los elementos son de uso de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/05/2020	Angelica Larrazaga	Asistencia	Aura Cristina Lombro O.

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica  
 Calle Comandante Nariño, 010001910002  
**VIGILADO**



	<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
28/05/2020	Gely Rojas	Asistencial	Aura Cristina Loraño D.

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que 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 de un solo uso por ser 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, pulsezas, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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>		<b>12 0 3</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		<b>100%</b>			
		<b>BIEN</b>			
		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
28/05/2020	Jovanna Cordoba	Asistencial	Aura Cristina Lombardo

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/05/2020	Genro Reina Arango	Asistencial	Área Ginecología Roberto Quera

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES								
1	Utiliza visera facial, monogatas 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			uso permanente de tapabocas y laucudo de enceres								
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son de desechables de un solo uso.								
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X											
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X											
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X											
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X											
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X											
12	Utiliza calzado cerrado	X											
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X											
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X											
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X									
<b>TOTAL</b>		12	0	3									
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					<table border="1"> <thead> <tr> <th>RANGO DE PUNTAJE</th> <th>EFECTIVIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0% - 80%</td> <td>NO CUMPLIDO</td> </tr> <tr> <td>80% - 94%</td> <td>ACEPTABLE</td> </tr> <tr> <td>95% - 100%</td> <td>SOBRESALIENTE</td> </tr> </tbody> </table>	RANGO DE PUNTAJE	EFECTIVIDAD	0% - 80%	NO CUMPLIDO	80% - 94%	ACEPTABLE	95% - 100%	SOBRESALIENTE
RANGO DE PUNTAJE	EFECTIVIDAD												
0% - 80%	NO CUMPLIDO												
80% - 94%	ACEPTABLE												
95% - 100%	SOBRESALIENTE												



	<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
28/05/2020	Darwin Gomez	Asistencial	Aura Cristina Lombardi O.

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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 que use el momento de la tarea para lavar las manos y los elementos son desechables de un solo uso.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Eviten utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las 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>	33	0	4	<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b>	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	400%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/05/2020	Sandra Varela	Administrativa	Alicia Castro (ordinario)

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comuna Nacional, 010001910002  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/05/2020	Paola Tolibila	Administrativa	Aura Cristina Londoño D.

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

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

<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  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comuna Nacional, 0100010303  
**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
28/05/2020	Aura Milena Poo	Admon	Acta Justina Lombro 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
		SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	
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 EPP son desechables.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)			X	
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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





**5.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Sede Puerto López**

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/05/2020	Ara Margarita	Asistencial	Ara Cristina Lombardi D

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva Operativa de Control y Vigilancia Epidemiológica  
 Calle Comuna Nacional, 0100001000302  
 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
28/05/2020	Jose Roberto Mejia	Asistencia	Aura Cristina Lombardo Duran

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/05/2020	Rosell Azotalica	Asistencia	Ara Cristina Lombardo

Calificación del evaluador: 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 EPP son de un solo uso por ser 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>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	200%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE



**5.4 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
27-05-2020	Psicologo	Oscar Jimenez	Yaela Gonzalez.

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)		1	X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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	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 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
27-05-2020.	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
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	2
<b>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
29-05-2020	Lorena Arias	Administrativa	Ysella Gonzalez C.

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
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>	8	1	6
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (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 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
26-05-2020	Harold Penaranda	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea 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
28-05-2020	Karen Solano	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
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>	10	0.5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina D.C.  
 Línea Central 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
29-05-2020.	Arlin Ramirez	Administ.	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
			NC		
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>	10	0	5
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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



**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											FISIA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
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	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olofagia	Fatiga y Adinamia			
22-05-20	Enika Bosigues	Asist. Adm.	Admin.	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-05-20	María Paula Rojas C	Aux. Admon.	Admin.	NO	NO	35.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-05-20	Claudia Rodríguez	Aux. Calidad	Admon.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-05-20	Doris Marceca Rojas	Aux. Administrativa	Admon.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-05-20	Doris Marceca Rojas	Aux. Administrativa	Admon.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-05-20	María Paula Rojas	Aux. Admon.	Admin.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-05-20	Enika Bosigues	Asist. Adm.	Admin.	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Jenny Gabriela Ceballos	Analista SST	Admin.	NO	NO	35.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	María Paula Rojas	Aux. Admon.	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Doris Marceca Rojas	Aux. Administrativa	Admon.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Sandra Lutz G.	Aux. Administrativa	Admin.	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Enika Bosigues	Asist. Adm.	Admin.	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	María Paula Rojas	Secretaria Proceso Social		NO	NO	35.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Lery Alvarez	Secretaria Proceso Social		NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Enika Bosigues	Asist. Adm.	Admin.	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Jenny Gabriela Ceballos	Analista SST	Admin.	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Doris Marceca Rojas	Aux. Administrativa	Admon.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FISIA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
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	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olofagia	Fatiga y Adinamia			
26-05-20	María Paula Rojas C	Aux. Admon.	Admin.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Doris Marceca Rojas	Aux. Administrativa	Admon.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	María Paula Rojas	Aux. Admon.	Admin.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Sandra Lutz G.	Aux. Administrativa	Admin.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Claudia Rodríguez	Aux. Calidad	Admin.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Jenny Gabriela Ceballos	Analista SST	Admin.	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Doris Marceca Rojas	Aux. Administrativa	Admon.	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	María Paula Rojas C	Aux. Admon.	Admin.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Enika Bosigues	Asist. Adm.	Admin.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-05-20	Doris Marceca Rojas	Aux. Administrativa	Admon.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-05-20	María Paula Rojas	Aux. Admon.	Admin.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-05-20	Sandra Lutz G.	Aux. Administrativa	Admin.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-05-20	Jenny Gabriela Ceballos	Analista SST	Admin.	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-05-20	Enika Bosigues	Asist. Adm.	Admin.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-05-20	Jenny Gabriela Ceballos	Analista SST	Admin.	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-05-20	Sandra Lutz G.	Aux. Admon.	Admin.	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-05-20	Enika Bosigues	Asist. Adm.	Admin.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



Jersalud		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar e historialógico (Marcar con una X las variables que aplica)										Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisnea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
26/05/20	Santiago Lopez	Médico	C. ext.	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Smt
26-05-20	Maria Rodriguez	Aux Admin	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marcel
26-05-20	Elvia Herrera	Aux Admin	C. Ext	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elvia
26-5-20	Fry Jimenez	MU FID	C. ext	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fry
26-05-20	Diana Alejandra	Aux ADM	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
26/05/20	Distinc Nino	Médico	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Distinc
26/05/20	Luz Mojica	Médico	C. Ext.	NO	SI	36.7	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	Luz Mojica (I)
26-5-20	Yoly Challe P	Enfermera	C. Ext	NO	SI	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly
26-5-20	Daniel Cordero	Aux Admin	C. ext	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniel
26-May-20	Andrea Zipa Lopez	Aux. Admin	Admin.C.E	NO	SI	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea
26-05-20	Alfonso Montoya	Médico	C.EXT	NO	SI	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alfonso
26-05-20	Rafaela Torres	Coord. Secc	C.EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Rafaela
26-05-20	Wanda Rojas	Atención Emerg	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Wanda
26-05-20	Ledy Jimenez	Aux admn.	estante	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy
26-5-20	Ben Benitez	psicologo	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ben
26-05-20	Diana Jimenez	Atención Emerg	C.EXT	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
26-05-20	Anderson Uccas	Aux. Admin	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson
26-05-20	Socra Naranjo	Enfermera	C.EXT	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Socra

Jersalud		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar e historialógico (Marcar con una X las variables que aplica)										Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisnea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
26-05-20	José G. Mena	Médico	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José
26-05-20	Johanna	Médico	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johanna
26-May-20	Andrea Zipa	Aux. Admin	Admin.C.E	NO	SI	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea
26-05-20	Anderson Uccas	Aux. Admin	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson
26-05-20	Luz Amparola	M.I.D	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz
26/05/20	Edwin Flores	Psico	C.EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Edwin
26-05-20	Bertha G. B.	Médico	C.EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Bertha
27-05-20	Socra Naranjo	Enfermera	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Socra
27-05-20	Hanica Flores	Médico	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hanica
27-05-20	José Uccas	Aux. Admin	C.EXT	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José
27-05-20	Santiago Lopez	Médico	C.EXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Santiago
27-05-20	Silvia Herrera	Aux. Admin	C.EXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Silvia
27-05-20	Maria Rodriguez	Aux. Admin	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
29/05/20	Distinc Nino	Médico	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Distinc
21/05/20	Luz Marina Mojica	Médico	C.EXT	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz
27/05/20	Anderson Uccas	Aux. Admin	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson
27-05-20	Wanda Rojas	Aux. Admin	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Wanda

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Corrala Nacional: 01800091030

**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario	
26/05/20	Monica Pizar	Medica	Centro	NO	NO	NO (36.7)	NO	NO	NO	NO	NO	COEVA (S)	
26/05/20	Santiago Vargas	Medico	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sant (S)	
26/05/20	Juan Luis	MEDICO	C.EXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	JL (S)	
26-05-20	Flavia Isabel	Medica	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Flavia (S)	
26/05/20	Osmin Alvarado	Medico	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	OSMIN (S)	
26/05/20	Geovani Gonzalez	Medico	C.EXT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Geovani (S)	
26-05-20	José Pablo	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	José (S)	
26/05/20	Zuleyda Alvarado	Medica	C.EXT	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Zuleyda (S)	
26/05/20	LUZ Mónica	Medico	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	LUZ (S)	
26-5-20	Paula Ines	Psicologa	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Paula (S)	
26-05-20	Sandra Naranjo	Enfermera	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra (S)	
26-05-20	Yolanda Alvarado	MD	C.EXT	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Yolanda (S)	
26-05-20	Juan Carlos	Asesor	C.EXT	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Juan (S)	
26-05-20	Yana Pacheco	Aux Administ.	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Yana (S)	
26-05/20	Flavia Hernandez	Aux Administ.	C.EXT	NO	SI	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Flavia (S)	
26-05/20	DAVID JIMENEZ	Odonologo	Odonologo	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	DAVID (S)	
26-05-20	Ledy Jimenez	Aux. odont.	odont.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy (S)	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario	
27-05/20	Juan Carlos Galán	M.D	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Juan (S)	
27-5/20	Jean Vanessa	psicologa	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jean (S)	
27/5/20	Liliana Rojas	Aux. General	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana (S)	
27/05/20	Juan Carlos	Asesor	C.EXT	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Juan (S)	
27-05-20	Yana Pacheco	Aux Admini	C.EXT	NO	SI	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Yana (S)	
27-05-20	Flavia Hernandez	Aux Adminis	C.EXT	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Flavia (S)	
27-05-20	Geovani Gonzalez	Enfermera	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Geovani (S)	
27-05/20	Juan Carlos Galán	M.D	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Juan (S)	
27-05/20	Juan Luis	MD	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Juan (S)	
27-5-20	José Pablo	MD	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	José (S)	
27/05/20	Geovani Gonzalez	Medico	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Geovani (S)	
27/05/20	Flavia Isabel	Medica	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Flavia (S)	
27-05-20	Jana Alvarado	Aux. ADM	Aux. ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jana (S)	
27-05-20	Andrés Zepeda	Aux. Adminis	Admin. CE	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés (S)	
28-05-20	Juan Carlos	Asesor	C.EXT	NO	SI	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Juan (S)	
28-5-20	Yoly Valle	Enferm	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly (S)	
28-5-20	Marta Lopez	Aux. General	C.EXT	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Marta (S)	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030  
 Línea de Consulta Normativa: 01800091030

**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FICHA003 Versión 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar serología (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	Odiología	Fatiga y Adinamia				
27-5-20	Yoly Guzmán	Entom	C Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27-05-20	Claudia Montano	Adm. Gen	C Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27-5-20	José Pineda	psicólogo	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27-05-20	Wendy Redero	Nutricionista	C Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27-05-20	Leidy Jimenez	AUX odont.	odont.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27-05-20	Diego Alejandro L.	Aux AAM	AAM	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27-05-20	Anderson D. Vaca	Aux AAM	AAM	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27-05-20	Santiago Vargas	Médico	C Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27-05-20	José G. Gómez	Médico	C Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27/5/20	Adrián Alino	Médico	C Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27/5/20	Gerson Gómara	Médico	C. Ext	NO	NO	36.12	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27/05/20	Oliver Mojica U	Médico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27/05/20	Yolanda Ballesteros	Yodina	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27/05/20	John Lara	Médico	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/05/20	Alfredo Vázquez	Médico	C Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/5/20	Jim Sánchez	Médico	C Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/05/20	Monica Flaca	Médico	C Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FICHA003 Versión 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar serología (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	Odiología	Fatiga y Adinamia				
28/5	Joel Duran	Médico	C Ext.	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/05/20	Yolanda Ballesteros	Yodina	C. Ext	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/05/20	Santiago Vargas	Médico	C. Ext	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/05/20	John Lara	Médico	C. Ext	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/05/20	KAROL G. FERNANDEZ	T.S	C. Ext	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/05/20	Monica Flaca	Médico	C Ext	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/5/20	Adrián Alino	Médico	C Ext	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-5-20	Claudia M.	Médico	C Ext	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/5/20	Gerson Gómara	Médico	C Ext.	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-5-20	John Lara	Médico	C Ext	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/05/20	Oliver Mojica U	Médico	C. Ext	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28.05.20	Juan Compañero Giraldo	Médico	C Ext	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

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



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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar fisiología (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	Odoregia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
28/05/20	Monica Flores	Medico	Cexta	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
28/05/20	Santi Vergo	Enfermero	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
28/05/20	Santiago Vargas	Medico	C. Ext	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Santi (I)
24/05/20	Sofia Henao	Aux Adm	C. Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
28/05/20	Tania Cecilia Restrepo	Aux Adm	C. Ext			36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
25-28/05/20	Juan	MU LI	CEL	-	-	35.2	-	-	-	-	-	-	(I)
28/05/20	Sandra Torres	Técnico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
28/05/20	Armando Nino	Medico	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
29/05/20	Luz Mojica U	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
28/05/20	Andrés Jarama	Aux. Adm	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
28/05/20	Nobia Vaquer	Coord. Sede	C. Ext.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
28/05/20	Carolina Barrera	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
27-05-2020	Alfonsa Mantua	Medico Gnal	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
28-05-2020	Karen Ferrando	T.S	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
28-05-20	Arceba Fausto	Aux. Odontolo	Odontolo	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
28-05-20	David Jarama	Odontolo	Odontolo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)

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



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	
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 antiespasmódicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
22/05/20	Diana Cecilia	AUX ADM	ADM	SI	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
22-5-20	Lina Angie	AUX ADM	SITU	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina Angie
22-05-2020	Hidaly Triana	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly Triana
22-05-2020	Jorge Luis Jimenez	AUX ADMINISTR	ADMINISTR	SI	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jorge Luis Jimenez
22/05/20	Carlos Esteban	Medico	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carlos Esteban
22-05-20	Diana Cecilia	AUX ADM	ADM	SI	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
22/05/20	Diana P. Ariza	Enfermera	Asisten	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana P. Ariza
22-05-2020	Gloria Aranda	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Aranda
22-05-20	Alexandra P. Meon	Aux adm.	Adminis	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra P. Meon
22-05-20	Juan Robinson	Medico	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Robinson
22/05/20	Aracely Fajardo S	Medico	Asistencia	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Aracely Fajardo S
22/5/20	Orlando Gutierrez	Medico	Asiste	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Orlando Gutierrez

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Salida													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o antiespasmódicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
22-05-20	Nancy Morales	Medico	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy Morales
22/05/20	Carlos Esteban	Medico	Asiste	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carlos Esteban
22-05-2020	Hidaly Triana	Aux Administ	Adminis	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly Triana
22-05-20	Diana P. Ariza	Enfermera	Asisten	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana P. Ariza
22/05/20	Diana Cecilia	ADM	ADM	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
22-5-20	Lina Angie	ADM	ADM	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina Angie
22-5-20	Orlando Gutierrez	Medico	Asiste	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Orlando Gutierrez
22/05/2020	Aracely Fajardo S	Medico	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Aracely Fajardo S
22/05-20	Alexandra P	Aux Adm.	Admin	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra P
22-05-2020	Gloria Aranda	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Aranda

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



ENTRADA

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 acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefaja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
23-05-2020	Hidalgo Troncoso	Aux Administ	Administ.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/05/20	Diana P. Acevo	Enfermera	Asistenc	no	no	36.2	no	no	no	no	no	DIANA
23/05/20	Diana Caceres	Aux adm	Adm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
23/5/20	Rodrigo Bohórquez	Médico	Asistenc	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/05/20	Luis RODRIGUEZ	MEDICO	ASISTEN	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/05/2020	Angel Tapia	Medico	Asistenc	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/5						36.1						

SALIDA

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 acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefaja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
23/05/2020	Rebeca Fajardo	Medico	Asistenc	No	No	36.1	No	No	No	No	SI	[Firma]
23/5/20	Rodrigo Bohórquez	Médico	Asistenc	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/05/2020	Luis RODRIGUEZ	MEDICO	ASISTEN	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/05/20	Diana P. Acevo	Enfermera	Asistenc	no	no	36	no	no	no	no	no	DIANA
23-05-2020	Hidalgo Troncoso	Aux Administ	Administ.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/05/20	Diana Caceres	Aux adm	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, 15 de Mayo del 2020  
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Conde de Lampa, s/n, Lima 15001  
 Teléfono: 01 (0) 800 99 9332

**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
26-05-2020												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
25/05/20	Diana P. Aceo	Enfermera	Asistenc	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-5-20	Lina Arque	Aux Adm.	SIAM.	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26.05	Alexandra P.	Aux adm	Admi.	NO	NO	37,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26/05	Olivia Caceres	Adm	Adm	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-05-20	Hidaly Triana	Aux Admin.	Admini.	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-05-20	Orlando Caceres	Médico	Atenc	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	NO
26/05/20	Evelyn Leon Cepeda	Asist. Administrativa	Administrativa	SI	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26/05/20	Angela Dally Fajó	Médico	Administrativos	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	SI	NO
26/05/20	Patricia Rodríguez	Médico	Asistenc	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-05-20	Gloria Arendano	coordinadora	Asistenc	NO	NO	37,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-05-20	Kanna Salazar	Nutricionista	Asistenc	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
26-05-2020												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
26/05/20	Kanna Salazar	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26/05/20	Evelyn Cepeda	Asist. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26/05/20	Angela Fajó	Médico	Asistenc	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-05-20	Patricia Rodríguez	Médico	Asistenc	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-05-20	Alexandra Pincoy	Aux. Adm.	Adm	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26/05/20	Diana P. Aceo	Enfermera	Asistenc	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26/05/20	Olivia Caceres	Adm	Adm	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-05-20	Gloria Arendano	Coordinadora	Asistenc	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-05-20	Orlando Caceres	Médico	Atenc	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-05-20	Hidaly Triana	Aux Adminis.	Adminis.	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-5-20	Lina Arque	AUX Adm	Admi	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 mar-20 1 DE 1				
												Enteada				
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	Olorofagia	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?					
27-05-20	Hidalys Triana	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-05-20	Alexandra Pinzon	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-5-20	Lina Aveiga	AUX ADM	Admini	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/5/20	Carlos F. Soto	Medico	Asisten	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/05/20	Diana Acevedo	Aux Adm	Adm.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/05/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asisten	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-05-20	Glòria Isabel A	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/05/20	Evelyn Cepeda H	Asistente TH	Adm.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/05/20	Kenny Salgado	Nutricionista	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/05/20	Angela Fajardo S	Medico	Asistencia	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/05/20	José Roberto	Medico	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/5/20	Charlito Estrada	Medico	Asisten	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/05/20	José Luis Jiménez	Aux A.O.M	Adminis	SI	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 mar-20 1 DE 1				
												Salida				
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario			
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?					
27/05/20	Carlos Fajardo	Medico	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/05/20	Nancy Macalán	Medico	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-05-20	Hidalys Triana	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-05-20	José Roberto	Medico	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-5-20	Lina Aveiga	Aux Adm	Admini	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/05/20	Diana P. Acevedo	Enfermera	Asisten	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/05/20	Diana Acevedo	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/05/20	Angela Fajardo S	Medico	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27/5/20	Charlito Estrada	Medico	Asisten	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-05-20	Glòria Isabel Acevedo	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-05-20	José Luis Jiménez	Aux ADM	Asisten	NO	NO	30.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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



Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Enteada

FIGA0003  
 Versión 2  
 may-20  
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos 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	Colestasia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
28/05/20	Karina Salazar	Nutricionista	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	JKS
28-5-20	Lina Arzúgo	Administrativa	ADMVA.	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Lina
28-5-20	Nancy Mogollón	Médico	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Nancy
28/05/20	DIANA MORALES	ADM ADM	ADM.	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	DIANA
28-05-20	Glaura Alvarado	Coordinadora	Asistencial	No	No	37.2	No	No	No	No	No	No	Glaura
28/05/20	Carlos Fierro	Médico	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Carlos
28-05-20	Erwin Cepeda	Asist. Técnico Humano	Admin.	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Erwin
28-05-20	Hedaly Trana	Aux. Administrativa	Administrativa	No	No	36.9	No	No	No	No	No	No	Hedaly
28-05-20	Roseluis Jimenez	Aux. Administrativa	Asistencial	Si	No	36.6	No	No	No	No	No	No	Roseluis Jimenez
28/05/20	Diana P. Acosta	Enfermera	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	DIANA A
28/05/20	Alejandra Pinzon	Ax. adm.	Admin.	No	No	37.0	No	No	No	No	No	No	Alejandra
28-05-20	Kevin Ramirez	Médico	Asistencial	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Kevin
28/05/20	Angela Dally Fiala	Médico	Asistencial	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Si	Angela
28/05/20	Orlando Gutierrez	Médico	Asistencial	No	No	37	No	No	No	No	No	No	Orlando

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva de Operaciones y Logística  
 Unidad Central Nacional 0180001910333  
**VIGILADO**



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
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	Odorología	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
27-05-20	Amorinda Gómez	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Sandra Melover	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	María Constanza B	Aux. Adm.	Síov	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Deisy Vargas B	Aux. enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Sebastián Rivero	Médico	Cent	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Carolina Hernández	Coord.	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Esmeralda Camillo	AD	CAUT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Olivia Romero	Aux. Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Eniovan Rodríguez	Med	C. Esp.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-5-20	Elida de Cuyas	Med	C. Ext.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
												FIGA003
												Versión: 2
												may-20
												1 DE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
26-05-20	Sebastián Rivero	Médico	Cent	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	María Constanza B	Aux. Adm.	Síov	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Deisy Carolina Hernández	Coord.	Admin	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Esmeralda Camillo	AD	CAUT	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Deisy Vargas B	Aux. enfermera	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Olivia Romero	Aux. Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Amorinda Gómez	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	MILENA A. QUINTERO T.	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	Sandra Melover	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Elida de Cuyas	Médico	Asisi.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	MILENA A. QUINTERO T.	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	María Constanza B	Aux. Adm.	Síov	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Sandra Melover	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Deisy Carolina Hernández	Coord.	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Deisy Vargas	Aux. enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				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 Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
28-05-20	Amir Zuruido Cobo	Aux. Administra	Financ	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gonzalez
28-05-20	MacKenzie B	Aux. Adm	Secur	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MacKenzie
28-05-20	Robertian Rivera	Médico	Cent	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Rivera
28-05-20	Cabildo Hernandez	Coord. Med	Admón	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cabildo
28-05-20	Deisy Vargas	Aux. enfermera	Quimica	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
28-05-20	Esperanza	OT	CEYT	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esperanza
28-05-20	Olivia Ramirez	Aux. Admin	Financ	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ramirez
28-05-20	Sandra Pelaez	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Pelaez
28/05/20	Giovani Languar	Med	Med	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Languar
28/05/20	Elida Deaguano	Med	Med	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elida

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				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 Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
27-5-20	Osca Perez	Aux. farmacia	Seguros	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Osca P.
27-5-20	Ally Parra	Aux. Gg.	Seguros	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ally
27-05-20	Dayis Avellan	Aux. Lab	Seguros	SI	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dayis
27-05-20	Carolina Serna	Oftalmólogo	Seguros	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Serna
27-05-20	Andrés Ruiz	Oftalmólogo	Seguros	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ruiz
27-05-20	Lina Duran	Antidotoxología	Seguros	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Duran
27-05-20	Andrés Ruiz	Oftalmólogo	Seguros	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ruiz

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 01-8000910302  
 Linea de Consulta Nacional: 01-8000910303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos, suplementos o sostenido en?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adinamia			
26-05-20	Nelly Naranjo	aux sg.	Sg.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly	
26-05-20	Carolina Sotelo	Obstetra	Sg.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina	
26-05-20	Sergio Cely	Req farm	Sg.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio	
26-05-20	Fabi Ruiz	Obstetra	Farm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Fabi	
26-05-20	Lina Duran	Aux obstetra	Sg.	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	Lina	
26-5-20	Darlene Diaz	Aux Farmacia	Farmacía	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Darlene	
26-05-20	Carimen Caracas	Aux Ecol. Farmacia	Farmacía	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Carimen	
26-05-20	Sergio Cely	Req farm	Farmacía	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio	
26-5-20	Oscar Perera	Aux Farmacia	Farmacía	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Oscar	
26-5-20	Andrés Ruiz	Obstetra	Obstetra	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés	
26-05-20	Lina Duran	Aux obstetra	Obstetra	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Lina	
26-05-20	Dani Avella	Aux Labor	Sogamoso	SI	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Dani	

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, suplementos o sostenido en?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adinamia			
28-05-20	Nelly Naranjo	aux Sg.	Sogamoso	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly	
27-05-20	Carolina Sotelo	Obstetra	Sogamoso	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina	
28-05-20	Lina Duran	Aux obstetra	Obstetra	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Lina	
28-05-20	Sergio Cely	Req farm	Farmacía	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio	
28-05-20	Carimen Caracas	Aux Farmacia	Farmacía	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Carimen	
28-5-20	Oscar Perera	Aux Farmacia	Sogamoso	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Oscar	
28-5-20	Darlene Diaz	Aux Farmacia	Farmacía	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Darlene	
28-05-20	Dani Avella	Aux Labor	Sogamoso	SI	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Dani	
28-05-20	Andrés Ruiz	Obstetra	Sogamoso	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 0180001910332  
**VIGILADO**



### 6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Chiquinquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
22/05/2020	SIRLEY RONCANCIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	MILEIDY MELISA CARDENAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	JULIANA SUAREZ	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	GLORIA BALLESTEROS	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	GLORIA BALLESTEROS	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/05/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/05/2020	MILEIDY MELISA CARDENAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/05/2020	SIRLEY RONCANCIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	MILEIDY MELISA CARDENAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	JULIANA SUAREZ	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	GLORIA BALLESTEROS	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	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 antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
27/05/2020	SIRLEY RONCANCIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	MILEIDY MELISA CARDENAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	JULIANA SUAREZ	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	GLORIA BALLESTEROS	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	SIRLEY RONCANCIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	MILEIDY MELISA CARDENAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	JULIANA SUAREZ	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	GLORIA BALLESTEROS	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									
29/05/2020	SIRLEY RONCANCIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO									
29/05/2020	MILEIDY MELISA CARDENAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO									
29/05/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE									
29/05/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									
29/05/2020	JULIANA SUAREZ	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería									
29/05/2020	GLORIA BALLESTEROS	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									
30/05/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									
30/05/2020	SIRLEY RONCANCIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO									
30/05/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE									

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



**6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Monquirá**

Jersalud											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinagia	Fatiga y Adinamia			
27/05/20	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4°	NO	NO	NO	NO	NO		
28-05-20	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / ESTADISTICA	NO	NO	35,7° C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy Saenz	
28-05-20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / ESTADISTICA	NO	NO	36,2° C	NO	NO	NO	NO	NO	Ivonne	
28-05-20	DESY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36,7° C	NO	NO	NO	NO	NO	Desy Garcia	
28-05-20	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINE	NO	NO	35,8° C	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	

Jersalud											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinagia	Fatiga y Adinamia			
27/05/20	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
27-05-20	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / ESTADISTICA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy Saenz	
27/05/20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / ESTADISTICA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Ivonne	
27/05/20	DESY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Desy Garcia	
27/05/20	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINE	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comercio Nacional, 0100001910302  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondolaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
26/05/20	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/20	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / ADMON	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / ADMON	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/20	DESY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/20	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondolaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
22-05-20	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-05-20	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / ADMON	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-05-20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / ADMON	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-05-20	DESY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	SI	NO	36.5	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-05-20	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINE	NO	NO	36.2	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800019333  
 VIGILADO



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Garagoa

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	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					
					Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
18/05/20	Mery Camelo	Aux. Adminis	línea de Frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/20	Mery Camelo	Aux. Administrativo	línea de Frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/20	Mery Camelo	Aux. Administrativo	línea de Frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/20	Mery Camelo	Aux. Adminis	línea de Frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20/05/20	Mery Camelo	Aux. Adminis	línea de Frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20/05/20	Mery Camelo	Aux. Adminis	línea de Frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21/05/20	Mery Camelo	Aux. Adminis	línea de Frente	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO
21/05/20	Mery Camelo	Aux. Administrativo	línea de Frente	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO
26/05/20	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	línea de Frente	NO	NO	35.8°C	NO	NO	NO	NO
26/05/20	Mery Camelo	Auxiliar Adminis	línea de Frente	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO
27/05/20	Mery Camelo	Auxiliar Adminis	línea de Frente	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO
27/05/20	Mery Camelo	Auxiliar Adminis	línea de Frente	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO
28/05/20	Mery Camelo	Auxiliar Adminis	línea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO
28/05/20	Mery Camelo	Auxiliar Adminis	línea de Frente	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
										FIGAA003 Versión: 1 abr-20 1 DE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					
					Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
18/05/20	Armando D.	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18/05/20	Armando D.	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
28-05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
28-05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303



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	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Fatiga y Adinamia		
				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				
18/05/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO			
18/05/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO			
19/5/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO			
19/5/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°	NO	NO	NO	NO			
20/5/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°	NO	NO	NO	NO			
20/5/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO			
21/5/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO			
21/5/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO			
22/5/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	35°	NO	NO	NO	NO			
23/5/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°	NO	NO	NO	NO			
26/5/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°	NO	NO	NO	NO			
27/5/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°	NO	NO	NO	NO			
28/5/20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36.5C°	NO	NO	NO	NO			

Jersalud		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
19/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
20/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
20/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
20/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
24/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
24/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
26/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27/05/20	Diana D. S. G.	Enfermera	C.E.	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

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



**6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Guateque**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAAR003	
											versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
22/05/2020	Melissa Pupo Morán	Medico General	Consulta Exta.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	Melissa Pupo Morán	Medico General	Consulta Exta.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	Melissa Pupo Morán	Medico General	Consulta Exta.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/05/2020	Melissa Pupo Morán	Medico General	Consulta Exta.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/06/2020	Melissa Pupo Morán	Medico General	Consulta Exta.	NO	NO	38.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	Melissa Pupo Morán	Medico General	Consulta Exta.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	Melissa Pupo Morán	Medico General	Consulta Exta.	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	Melissa Pupo Morán	Medico General	Consulta Exta.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	Melissa Pupo Morán	Medico General	Consulta Exta.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAAR003	
											versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
22/05/2020	Yoly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	Yoly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/05/2020	Yoly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/05/2020	Yoly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	Yoly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	Yoly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	Yoly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	Yoly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	Yoly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
						36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Control Nacional: 01800010332  
**VIGILADO**



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FGA0003 Versión 2 may 20 1 DE 1
--	--	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
22/05/2020	Nivireth Castro	Aux. Enfermera Asistencial		NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Comed
22/05/2020	Nivireth Castro	Aux. Enfermera Asistencial		NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Comede
26/05/2020	Nivireth Castro	Aux. Enfermera Asistencial		NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Comede
26/05/2020	Nivireth Castro	Aux. Enfermera Asistencial		NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Comede
27/05/2020	Nivireth Castro	Aux. Enfermera Asistencial		NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Comede
27/05/2020	Nivireth Castro	Aux. Enfermera Asistencial		NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Comede
28/05/2020	Nivireth Castro	Aux. Enfermera Asistencial		NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Comede
28/05/2020	Nivireth Castro	Aux. Enfermera Asistencial		NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Comede

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Calle 8, Corrales Nacionales, 010000190302  
 Bogotá, D.C.

### 6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Soatá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										F(GAA)003
										Versión:1
										abr-20
										1DE1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
18-05-2020 A.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020 P.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	OCASIONAL	NO
18-05-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020 A.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020 P.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 A.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 P.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 A.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 P.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										F(GAA)003
										Versión:1
										abr-20
										1DE1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
20-05-2020 A.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-05-2020 P.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-05-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-05-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-05-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-05-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-05-2020 A.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-05-2020 P.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 A.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 P.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 A.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 P.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019030  
 Línea de Control Normativo: 01800019030  
**VIGILADO**



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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES				F(GAA)003 Versión: 1 abr-20 1 DE 1						
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
22-05-2020 A.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22-05-2020 P.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22-05-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22-05-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22-05-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22-05-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22-05-2020 A.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22-05-2020 P.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-05-2020 A.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 P.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 A.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-05-2020 P.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES				F(GAA)003 Versión: 1 abr-20 1 DE 1						
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
27-05-2020 A.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-05-2020 P.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO
27-05-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-05-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO
27-05-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-05-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO
27-05-2020 A.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-05-2020 P.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO
28-05-2020 A.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO
28-05-2020 P.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO
28-05-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO
28-05-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO
28-05-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO
28-05-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO
28-05-2020 A.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO
28-05-2020 P.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO

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



**6.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta**

**6.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio**

Jersalud												FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		PROGRAMA Versión: 2 01/02/2019 1 DE 1	
Fecha	Nombre del Trabajador	Cargo	Área de Atención	¿Está correctamente empleada en sus actividades o actividades?	¿Ha sido contactado o expuesto con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Temperatura mayor a 38°C	Tos	Respiratoria	Otorrinolaringológica	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en área crítica?	Firma del funcionario			
29-05-20	Maria Bonilla	Asistente th	Administrativa	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Karen Emilia	Contable th	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Sebastian Falla	Aux factura	Administrativa	NO	NO	36.0	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]			

Jersalud												FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		PROGRAMA Versión: 2 01/02/2019 1 DE 1	
Fecha	Nombre del Trabajador	Cargo	Área de Atención	¿Está correctamente empleada en sus actividades o actividades?	¿Ha sido contactado o expuesto con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Temperatura mayor a 38°C	Tos	Respiratoria	Otorrinolaringológica	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en área crítica?	Firma del funcionario			
29-05-20	Diana Acosta	Aux laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Maly Rompio	Aux laboratorio	Asistencia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Alexandra Peña	Aux laborator	Asistencia	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Paola Tolibila	Aux Administrativa	Administrativa	SI	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Ruth Baquer	Jefe Enferm	Asistencia	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Jose Adelmo	Psicólogo	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Ana Rosa	Aux Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Karina Arango	Med. General	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Angela Campes	Med. General	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Natalia Camila Sosa	Odontólogo	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Narelis Morales	Aux laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Luz Nelly	Higienista	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Blanca Casapal	Aux laboratorio	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Omari Ariza	Bioprotector	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]			
29-05-20	Luz Dany	Sección de	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	César Gavilano	Med. Familiar	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Silvina Rivera	Aux enfermer	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Paola Caliendo	Jefe Enferm	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Diana Villalobos	Aux Enferm	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Diego Bocanegra	Aux Admins	Aux Admins	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Jenny Ortiz	Aux Enferm	Aux Enferm	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Jessica Caron	Aux Administrativa	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			
29-05-20	Ayda Londoño	Analista Sist	Administrativa	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]			

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



(Jersalud) FORMA 003  
 FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES Versión 3  
 mayo 2019  
 1 de 1

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Ciudad	Área de Desempeño	¿Está vacunado (antecedentes de vacunación o actualizaciones)	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavírus	Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en área crítica?	Firma del funcionario
28-05-20	Jenni Ortiz	Aux Enferma	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Jenni Ortiz
28-05-20	Jessica Cañón	Aux Administ	Administr	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica Cañón
28-05-20	Ayara Lombardi	Analista SST	Administr	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ayara Lombardi
28-05-20	Natalia Joo Bonilla	Asistente TI	Administr	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Natalia Joo Bonilla
28-05-20	Karen Emilia	Coordinadora	Administr	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Karen Emilia
28-05-20	Victor Abasco	Analista de	Administr	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Victor Abasco
28-05-20	Sabatina Peña	Aux facturación	Financ	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sabatina Peña
28-05-20	Pilar Acuña	Aux laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Pilar Acuña
28-05-20	Alexandra Parra	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	SI	36	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra Parra
28-05-20	Caterine Chingate	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Caterine Chingate
28-05-20	Merly Romero	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Merly Romero
28-05-20	Fonnie Valencia	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Fonnie Valencia
28-05-20	Liliana Charco	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Charco
28-05-20	Cesar Guerrero	Medico familiar	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Guerrero
28-05-20	Jairo Santamaría	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jairo Santamaría
28-05-20	Xim C. Puente	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Xim C. Puente
28-05-20	Angela Patricia	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Angela Patricia
28-05-20	Yamile Salazar	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Yamile Salazar
28-05-20	Leidy Velásquez	Medico General	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Leidy Velásquez
28-05-20	Ayara María Poca	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Ayara María Poca
28-05-20	Patricia Tobo	Aux Admon	Admon	SI	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia Tobo
28-05-20	Patricia Cecilia Gomez	Odontóloga	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia Cecilia Gomez
29-05-20	Katherine Chingate	Aux laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine Chingate

(Jersalud) FORMA 003  
 FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES Versión 3  
 mayo 2019  
 1 de 1

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Ciudad	Área de Desempeño	¿Está vacunado (antecedentes de vacunación o actualizaciones)	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavírus	Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en área crítica?	Firma del funcionario
28-05-20	Diana Gomez	Medico Gen	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Gomez
28-05-20	Karina Pango	Medico Gen	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Karina Pango
28-05-20	Joly Beltrán	Aux Administ	Administr	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Joly Beltrán
28-05-20	Sandra Cera	Aux Administ	Administr	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Cera
28-05-20	July Rojas	Medico Gen	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	July Rojas
28-05-20	Angelica Carrero	Medico Gen	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Angelica Carrero
28-05-20	Angelica Jarama	Medico Gen	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Angelica Jarama
28-05-20	Luz Nelly Sanchez	Aux Asistencial	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Nelly Sanchez
28-05-20	Floir Alba	Odontología	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Floir Alba
28-05-20	Marela Mojada	Aux Odont	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Marela Mojada
28-05-20	Wendy Galon	Aux Enferma	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy Galon
28-05-20	Nancy Macario	Aux Enferma	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy Macario
28-05-20	Carina Gonzalez	Ginecología	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Carina Gonzalez
28-05-20	Paola Galindo	Odontología	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Galindo
28-05-20	Cecilia Keller	Aux Enferma	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Cecilia Keller
28-05-20	Diana Villa Lora	Aux Enferma	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Villa Lora
28-05-20	Ximena Rivera	Aux Enferma	Asistencia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Ximena Rivera
28-05-20	Taliana Gualta	Odontología	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Taliana Gualta
28-05-20	Laura Cárdena	Aux Administ	Administr	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Laura Cárdena
28-05-20	Daniela Carrero	Aux Calidad	Administr	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela Carrero
28-05-20	Sandra Peralta	Calidad	Administr	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Peralta
28-05-20	Soleida Torres	Asist. Adm	Financ	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Soleida Torres
28-05-20	Diana Duarte	Gerente	Administr	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Duarte

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Central Nacional: 0800010303  
 Linea Correo Nacional: 0800010303

**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente implementado el bioseguridad o vacunación?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para implementarse por nuevo caso?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro caso?	Firma del funcionario
21.05.20	Patricia Valencia	Psicóloga	Asistencia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Patricia Valencia
21.05.20	Marilyn Romero	Aux de lab	Asistencia	No	No	35.6	No	No	No	No	No	Marilyn Romero
27.05.20	Yara Leoncio	Analista SST	Admón	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Yara Leoncio
27.05.20	Karen Huelo	Jefe tel. Adm.	Admón	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Karen Huelo
27.05.20	Jessica Carmona	Asis. Adm.	Admón	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Jessica Carmona
27.05.20	Cesar Guerrero	Médico forense	Asistencia	No	No	35.2	No	No	No	No	No	Cesar Guerrero
27.05.20	Victor Navarro	Anal. fact	Admón	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Victor Navarro
27.05.20	Sebastian Falla	Aux de fact	Admón	No	No	36.7	No	No	No	No	No	Sebastian Falla
27.05.20	Kenneth Ortega	Asistente Sr.	Admón	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Kenneth Ortega
27.05.20	Yancy Jacinto	Asisten. T.H	Admón	No	No	35.9	No	No	No	No	No	Yancy Jacinto
27.05.20	Bianca Cervantes	Aux de ente	Asistencia	No	No	34.8	No	No	No	No	No	Bianca Cervantes
27.05.20	Sandra Urbina	Aux Admón	Admón	No	No	35.6	No	No	No	No	No	Sandra Urbina
27.05.20	Lily Beltrán	Aux Admón	Admón	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Lily Beltrán
27.05.20	Luz Sanchez	Asistente	Asistencia	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Luz Sanchez
27.05.20	Nina Pérez	Médico Ciruj	Asistencia	SI	No	36.7	No	No	No	No	SI	Nina Pérez
27.05.20	Jairo Sotomayor	Ch. General	Asistencia	No	No	36.1	No	No	No	No	SI	Jairo Sotomayor
27.05.20	Leidy Velasco	Ch. General	Asistencia	No	SI	36.4	No	No	No	No	SI	Leidy Velasco
27.05.20	Yanile Sabag	Ch. General	Asistencia	No	No	35.8	No	No	No	No	SI	Yanile Sabag
27.05.20	Chayra Peña	Psiquiatra	Asistencia	No	No	36.0	No	No	No	No	SI	Chayra Peña
27.05.20	Flora Navarro	Aux de ente	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Flora Navarro
27.05.20	Juan Puentes	Ch. General	Asistencia	No	No	36.4	No	No	No	No	SI	Juan Puentes
27.05.20	Patricia Camargo	Servicio Que	Administrat	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Patricia Camargo
28.05.20	Claudia Gómez	Aux Administr	Administrat	No	No	35.9	No	No	No	No	No	Claudia Gómez

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente implementado el bioseguridad o vacunación?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para implementarse por nuevo caso?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro caso?	Firma del funcionario
27.05.20	Daniela Camero	Aux Calidad	Admón	No	No	36.6	SI	No	No	No	No	Daniela Camero
27.05.20	Yarlines Rivera	Aux Enferm	Asistencia	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Yarlines Rivera
27.05.20	Jenny Gutierrez	Aux Enferm	Asistencia	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Jenny Gutierrez
27.05.20	Smith Proenza	Enfermera	Asistencia	No	SI	36.9	No	No	No	No	No	Smith Proenza
27.05.20	Jhazara Ortega	Ambiente f	Asistencia	No	No	35.2	No	No	No	No	No	Jhazara Ortega
27.05.20	Aurora Pico	Aux. Admón	Admón	No	No	37.3	No	No	No	No	No	Aurora Pico
27.05.20	Paola Tubilla	Aux Admón	Admón	SI	No	36.7	No	No	No	No	No	Paola Tubilla
27.05.20	Yuly Rojas	Médico	Asistencia	No	No	36.4	No	No	No	No	SI	Yuly Rojas
27.05.20	Darwin Gomez	Médico	Asistencia	No	No	36.9	No	No	No	No	SI	Darwin Gomez
27.05.20	Jovanna Carabba	Médico	Asistencia	No	SI	36.3	No	No	No	No	No	Jovanna Carabba
27.05.20	Angela Camacho	Médico	Asistencia	No	No	35.7	No	No	No	No	No	Angela Camacho
27.05.20	Angelica Jimenez	Médico	Asistencia	No	No	37.2	No	No	No	No	SI	Angelica Jimenez
27.05.20	Guinea Gomez	Oculotologa	Asistencia	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Guinea Gomez
27.05.20	Marcela Abales	Aux de lab	Asistencia	No	No	36.0	No	No	No	No	No	Marcela Abales
27.05.20	Karina Arango	Médico	Asistencia	No	No	37.1	No	No	No	No	No	Karina Arango
27.05.20	Diego Ponce	Aux. Admón	Admón	No	No	35.6	No	No	SI	No	No	Diego Ponce
27.05.20	Diana Villalobos	Aux de enfer	Asistencia	No	No	36.7	No	No	No	No	No	Diana Villalobos
27.05.20	Yicela Galindo	Enferm	Asistencia	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Yicela Galindo
27.05.20	Sandra Acuña	TAS	Asistencia	No	No	35.2	No	No	No	No	No	Sandra Acuña
27.05.20	Diana Herrera	Ingenierosop	Asistencia	No	No	35.7	No	No	No	No	No	Diana Herrera
27.05.20	Diana Acosta	Aux de lab	Asistencia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	Diana Acosta
27.05.20	Katherine Chagte	Aux de Adm.	Admón	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Katherine Chagte
27.05.20	Alexandra Parra	Aux de lab	Asistencia	No	No	35.9	No	No	No	No	No	Alexandra Parra

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.  
 Línea Central Nacional: 08000970303

**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FECHA Mes: 05 Año: 2019 Día: 26	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Función	¿Está correctamente vacunado contra el dengue o zika virus?	¿Ha usado correctamente el equipo de protección personal para enfrentar su tarea cotidiana?	¿Tem igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en área aislada?	Firma del trabajador
25-05-20	Diana Arevalo	Aux Laborator	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Romine Valencia	Docente	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Diana Duarte	Gerente	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Solymar Linares	Coordinadora	Administrativa	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Luzmila Yonancia	Aspirante	Administrativa	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Sandra Peraltola	Calidad	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Karen Emilia	Coordinadora	Administrativa	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Jessica Cañón	Aux Admin	Administrativa	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Kenneth Ayala	Aspirante	Administrativa	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Sabrina Peña	Aux Facultad	Administrativa	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Alice Cristina Lara	Analista SST	Administrativa	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Angie Carrero	Aux. Calidad	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Jairo Santamaría	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Juan Camilo P.	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
26-05-20	Nirli Solera Peña	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
26-05-20	Yamile Salazar	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
26-05-20	Aura Milena For	Aux. Admin	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Paola Tolibita	Aux. Admin	Administrativa	SI	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Blanca L. Canales	Aux. Admin	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Monica Camila Gomez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Luzmila Velazquez	Medico General	Asistencial	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
27-05-20	Olga Linares	Coord. Asiden	Admin.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Sandra Peraltola	Proces. Calidad	Acción	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FECHA Mes: 05 Año: 2019 Día: 26	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Función	¿Está correctamente vacunado contra el dengue o zika virus?	¿Ha usado correctamente el equipo de protección personal para enfrentar su tarea cotidiana?	¿Tem igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en área aislada?	Firma del trabajador
26-05-20	Sandra Capela	Aux Admin	Administrativa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Darwin Gomez	Med. General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Joly Rojas	Med. General	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
26-05-20	Jawana Cordoba	Med. General	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Angela Camacho	Med. General	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Angelica Escobar	Med. General	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
26-05-20	Luz Mella	Med. General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Marcela Morales	Aux. Odontol	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Flore Alba	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Karina Arango	Med. General	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Alexandra Peña	Aux Laborator	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Yolanda Navarrete	Aux Enferm	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Cesar Guerrero	Med. familiar	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Jose Adelmo	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Loz Dora	Senal General	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Jeani Gutierrez	Aux Enferm	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Yalines Urua	Aux Enferm	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Ruth Baeza	Jefe Enferm	Asistencial	NO	SI	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Bledini Cuello	Aux Enferm	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Gisela Telloz	Aux Enferm	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Diana Villalobos	Aux Enferm	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Diana Rassa	Ing. Soporte	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
26-05-20	Mely Romero	Aux laborator	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva de Bioseguridad  
 Calle Comercio Nacional, 0900007003030

**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acaricidas?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por serología por nuevo caso?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro establecimiento?	Firma del funcionario
22-05-20	Mauricio Quintero	Microbiología	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Quintero
22-05-20	Lolita Chacón	Aux Adminis	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Chacón
22-05-20	Sandra Peralta	Calidad	Administrativa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
22-05-20	Daniela Carrero	Aux Calidad	Administrativa	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela
22-05-20	Soledad Inaño	Coord. Sale	Administrativa	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Inaño
22-05-20	Diana Duarte	Genete	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
22-05-20	Ayda Lombardo	SSA	Administrativa	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Lombardo
22-05-20	Maria Bonilla	Aux talento	Administrativa	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Bonilla
22-05-20	Neeraj Kumar	Análisis Lab.	Admin.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Kumar
22-05-20	Sébastien Filla	Aux factiva	Admin.	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Filla
22-05-20	Jessica Cañón	Aux Adminis	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Cañón
22-05-20	Isaac Melo	Lab talento	Admin.	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Melo
22-05-20	Ayda Milena Rosa	Aux Administrativa	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Rosa
22-05-20	Paola Tobalá	Aux Adminis	Adminis	SI	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Tobalá
22-05-20	Blanca Le Moral	fax Enferm	Asistencial	SI	NO	36.8	NO	NO	SI	NO	NO	Moral
22-05-20	Ivan Puentes	Medico Genes	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Puentes
22-05-20	Santamaria	Medico Gen	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Santamaria
22-05-20	Leidy Velásquez	Medico Gen	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Velásquez
22-05-20	Yamile Sabido	Medico Gen	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sabido
22-05-20	Nani Peña	Medico Gen	Asistencial	SI	NO	36.4	NO	NO	SI	NO	SI	Peña
26-05-20	Adrián Gutiérrez	Calador	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Gutiérrez
26-05-20	Claudia Garzón	Aux Adminis	Administrativa	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Garzón
26-05-20	Keli Beltian	Aux Adminis	Administrativa	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Beltian

6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acaricidas?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por serología por nuevo caso?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro establecimiento?	Firma del funcionario
26/05/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Guerrero
26/05/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Murillo
26/05/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sanchez
26/05/2020	DIEGO GARDON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego A. B.
26/05/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ramos
26/05/2020	MARLEY CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Castro
26/05/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Santos
26/05/2020	ALEJANDRO CARDENAS	HIGIENISTA GERAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cardenas
26/05/2020	ORFELY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Zamora
26/05/2020	JAYDI HERRERA	ASISTENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Herrera
26/05/2020	SONIA BEHORQUET	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia Behorquet
26/05/2020	IVYDALLA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Rodriguez

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Linea de Control Nacional: 01800019033  
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGURA 003 Versión 1 04-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar serología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondolaje	Fatiga y Adinamia			
27/05/2020	ESPERANZA G. VERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
27/05/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
27/05/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
27/05/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	GRECY SANDRA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	JAVIER HERRERA	REBENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	SONIA RICHORDIUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	EUGALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGURA 003 Versión 1 04-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar serología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondolaje	Fatiga y Adinamia			
28/05/2020	ESPERANZA G. VERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/05/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/05/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/05/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	GRECY SANDRA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	JAVIER HERRERA	REBENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	SONIA RICHORDIUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	EUGALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Control Nacional: 018000190303  
**VIGILADO**



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	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia			
28/05/2020	ESPENANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINDA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	OLINDA MURIELLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINDA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/05/2020	DEIGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/05/2020	RODRIGUEZ AMARAL	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/05/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	ALEXANDRA CARDENAS	ODONTOLÓGICA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	IRISBY CAMORA	ODONTOLÓGICA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/05/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	SONIA BICHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	EULALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FRIO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias**

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	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia			
28/05/2020	Nehem Alejandro Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	Yodira Tora Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/2020	Imma Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/05/2020	Liliana Calandino Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/05/2020	Haidvy Romero Boltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/05/2020	Jorge Enrique Clejvo	Medico general	Asistencial	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/05/2020	Neira Guerra Virges	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Electrónico: [snsc@snsc.gob.pe](mailto:snsc@snsc.gob.pe)  
 Línea Gratuita Nacional: 0 800 091 0303  
**VIGILADO**



Jersalud												FIGAAJ003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
27/05/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/2020	Lorena Rey Rodriguez	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Rey
27/05/2020	Imna Mendileta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Imna Mendileta
27/05/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
27/05/2020	Haidivy Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
27/05/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
27/05/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Jersalud												FIGAAJ003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
26/05/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/2020	Lorena Rey Rodriguez	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Rey
26/05/2020	Imna Mendileta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Imna Mendileta
26/05/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
26/05/2020	Haidivy Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
26/05/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
26/05/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**6.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán**

Jersalud												FIGAAJ003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
18/05/20	Liliana Popo A Enf			NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/05/20	Liliana Popo A Enf			NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/05/20	Liliana Popo A Enf			NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/05/20	Liliana Popo A Enf			NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/20	Liliana Popo A Enf			NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/05/20	Liliana Popo A Enf			NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/05/20	Liliana Popo A Enf			NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/05/20	Liliana Popo A Enf			NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/05/20	Liliana Popo A Enf			NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



Jersalud												F.GD.003 Versión 2 May-20 1 DE 1		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES														
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
18/05/20	Martha Rodriguez	Medico	consult 01	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
19/05/20	Martha Rodriguez	Medico	consulto 01	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
20/05/20	Martha Rodriguez	Medico	consulto 01	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
21/05/20	Martha Rodriguez	Medico	consulto 01	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
22/05/20	Martha Rodriguez	Medico	consulto 01	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
22/05/20	Martha Rodriguez	Medico	consulto 01	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
26/05/20	Martha Rodriguez	Medico	can. 01	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
27/05/20	Martha Rodriguez	Medico	consulto 01	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
28/05/20	Martha Rodriguez	Medico	consulto 01	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R

Jersalud												F.GD.003 Versión 2 May-20 1 DE 1		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES														
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
18/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
19/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
20/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
21/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
22/05/20	Sandra Patino	Enf.	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
23/05/20	Sandra Patino	Enf.	PUP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
26/05/20	Sandra Patino	Enf.	PUP	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
27/05/20	Sandra Patino	Enf.	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
28/05/20	Sandra Patino	Enf.	PUP	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P

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



Jersalud											FGA41003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											Versión: 2	
											May 20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen?	No ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
18-05-20	Glora Bernudez	Fisico		NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
19-05-20	Glora Bernudez	Ambo fisico		NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
20-05-20	Glora Bernudez	Ambo fisico		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
21-05-20	Glora Bernudez	Ambo fisico		NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
22-05-20	Glora Bernudez	Ambo fisico		NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
23-05-20	Glora Bernudez	Ambo fisico		NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
26-05-20	Glora Bernudez	Ambo fisico		NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
27-05-20	Glora Bernudez	Ambo fisico		NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
28-05-20	Glora Bernudez	Ambo fisico		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B

Jersalud											FGA41003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											Versión: 2	
											May 20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen?	No ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
18/05/20	Ledy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy M
19/05/20	Ledy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy M
20/05/20	Ledy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy M
21/05/20	Ledy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy M
22/05/20	Ledy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy M
23/05/20	Ledy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy M
26/05/20	Ledy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy M
27/05/20	Ledy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy M
28/05/20	Ledy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy M

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





**6.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Casanare**

**6.3.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Yopal**

INGRESO - PERSONAL

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FICHAJ003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Evidencia		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)						Firma del funcionario	
				¿Se consumió medicamento antiinflamatorio?	¿No hubo contacto estrecho con caso confirmado?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
26-05-2020	Yoric Jackson Sotelo	Aux. Sistemas	Administ.	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Doralba Pedronero	Servicios Generales	Asisten.	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Ysella Gonzalez	Asist. Administra.	Adm.	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Arlyn Ivette Ramirez	Aux. Adm.	Adm.	NO	NO	37,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Kelly V. Ruiz	Med. General	Asistencial	NO	NO	37,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Milbany Sarmento	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Cesar Duarte	Med. General	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Namasa Charlys	Jefe P&P	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Henry D. Uvar	Médico General	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Jenny J. Rincon	Aux. Administrativa	Admin.	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Harold G. Peñaranda	Med. General	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Angela Torres	Aux. Odontología	Asistencial	NO	NO	37,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-2020	Sandra Izquierdo	Odontóloga	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FICHAJ003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Evidencia		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)						Firma del funcionario	
				¿Se consumió medicamento antiinflamatorio?	¿No hubo contacto estrecho con caso confirmado?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
27-05-2020	Oscar Jimenez	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-2020	Kelly Ruiz	Med. General	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
27-05-2020	Natalia Cediel	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-2020	Cesar Duarte	Med. General	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-2020	Arlyn Ramirez	Aux. Administ.	Administ.	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-2020	Soledy Fonseca	Trab. Social	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-2020	Ysella Gonzalez	Asistente Adm.	Asistencial	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-2020	Johana Rincon	Aux. Administ.	Administ.	NO	NO	37,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-2020	Namasa Charlys	Jefe P&P	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-2020	Harold Peñaranda	Médico Gral	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-2020	Henry D. Uvar	Médico Gral	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019030



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión: 2 May-20 1 De 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado de COVID-19	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oligofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
28-05-2020	Cesar Duarte	Med. General	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Duarte
28-05-2020	Kelly Ruiz	Med. General	Asistencial	NO	NO	37,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Kelly Ruiz
28-05-2020	Milbany Sarmiento	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milbany Sarmiento
28-05-2020	Arllyn Ramirez	Aux. Adm.	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Arllyn Ramirez
28-05-2020	Vanessa Charry	Jefe PqP.	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Vanessa Charry
28-05-2020	Ysella Gonzalez	Asistente Adm.	Adm.	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ysella Gonzalez
28-05-2020	Lorena Arias	Coordinadora	Adm.	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lorena Arias
28-05-2020	Donalba Pregonero	Servicios Generales	Asist. Operario	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Donalba Pregonero
28-05-2020	Johana Rincón	Aux. Admin.	Adm.	NO	NO	37,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana Rincón
28-05-2020	Harold Peñaranda	Med. General	Asisten	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Harold Peñaranda
28-05-2020	Juan D. Uva	Med. General	Asiste.	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan D. Uva
28-05-2020	Karen Solano	Prof. Calidad	Asistencial	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Karen Solano

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión: 2 May-20 1 De 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oligofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
29/05/2020	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de Sede	Asistencial	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Lorena Arias
29/05/2020	Cesar Alberto Duarte Santos	Médico General	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Alberto Duarte Santos
29/05/2020	Ysella Gonzalez Curvas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ysella Gonzalez
29/05/2020	Vanessa Charry	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Vanessa Charry
29/05/2020	Nancy Johana Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy Johana Socha
29/05/2020	Arllyn Ivette Ramirez Pizaro	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	37,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Arllyn Ivette Ramirez Pizaro
29/05/2020	Selinde Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Selinde Paola Fonseca Leon
29/05/2020	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Médico General	Asistencial	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Kelly Vanessa Ruiz Torres
29/05/2020	Karen Lisseth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karen Lisseth Solano Ayala
29/05/2020	Henry Danilo Uva	Médico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Henry Danilo Uva
29/05/2020	Jenny Johana Rincón Naranjo	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny Johana Rincón Naranjo
29/05/2020	Oscar Fernando Jimenez Rojas	Psicóloga	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Oscar Fernando Jimenez Rojas
29/05/2020	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milbany Carolina Sarmiento
29/05/2020	Marta Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marta Natalia Cediel
29/05/2020	Harold Guillermo Peñaranda Cabeveo	Médico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Harold Guillermo Peñaranda Cabeveo
29-05-2020	Donalba Pregonero					36,5								Donalba Pregonero

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800019030  
**VIGILADO**



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

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)								Firma del funcionario	
				¿Se consumió medicamento y antitelmáticos?	¿Se tuvo contacto estrecho con caso confirmado?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
27-05-2020	Paola Herrera	Asx. ADM. TIPO II SST.	SST	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-05-2020	Maira Nades	Asx. ADM. TIPO II	Centros médicos	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-05-2020	Luz Delia Peñalosa	Ambiente físico	SISTEMA BUSH	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Delia R
27-05-2020	Miyerlady Rodríguez		MEDISALUD	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Miyerlady R
27-05-2020	María Lozano		MEDISALUD	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María Lozano
27-05-2020	Paola Bustos		MEDISALUD	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Bustos
27-05-2020	Angela Torres		Oral Boutique	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Angela Torres
26-05-2020	Adriana Corredor	Asx. Farmacia	COMÉDICAS	NO	NO	37,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Corredor
26-05-2020	Maria Cordoba	Asx. Farmacia	COMÉDICAS	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Cordoba
26-05-2020	Amerida Barera	R. Farmacia	COMÉDICAS	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amerida Barera
26-05-2020	Alejandra Vargas	Asx. Farmacia	COMÉDICAS	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra Vargas
26-05-2020	Ivan Hernandez	Med. Familiar	OPS.	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Ivan Hernandez
26-05-2020	Miyerlady Rodríguez		MEDISALUD	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Miyerlady R

Visitantes

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

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)								Firma del funcionario	
				¿Se consumió medicamento y antitelmáticos?	¿Se tuvo contacto estrecho con caso confirmado?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
27-05-2020	Aldemar Valero	N/A		NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Aldemar V.
27-05-2020	Elba Maldonado	N/A		NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elba Maldonado
27-05-2020	Vianora Santos	N/A		NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Vianora S.
27-05-2020	Naribel Ortiz	N/A		NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Naribel Ortiz
27-05-2020	Alcides Príncipe	N/A		NO	NO	37,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alcides P.
28-05-2020	Paola Bustos	N/A		NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Bustos
28-05-2020	Jeni Marcela Fuentes	N/A		NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jeni M.
28-05-2020	Saul Concejales	N/A		NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Saul C.
28-05-2020	Charles Calixto Rincón	N/A		NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Charles C.
29-05-2020	Ibri Galcin	N/A		NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ibri G.
29-05-2020	Rafael Niño	N/A		NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Rafael N.
29-05-2020	Miriam Pinto	N/A		NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Miriam P.
29-05-2020	Fernando Taurin	N/A		NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fernando T.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000970303  
**VIGILADO**



### 6.4 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA

#### 6.4.1 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA Regional Boyacá

##### 6.4.1.1 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Tunja

INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA										
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 23:17:26	CC	1049615437	ARAQUE	SOSA	JULIETH	EUANA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 19:13:18	CC	52963532	SALAMANCA	ROJAS	MONICA	FERNANDA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:16:55	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:59:58	CC	33369727	HERRERA	HERRERA	SILVIA		TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:57:35	CC	1049625040	RODRIGUEZ	BOYACA	MARIA	CECILIA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:33:15	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 14:53:02	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 14:06:48	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 13:59:10	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 13:51:41	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 12:52:48	CC	40036857	MOJICA	VELANDIA	LUZ	MARINA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/05/2020 12:15:45	CC	23284976	MOZO	RIVERA	SANDRA	SOFIA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 11:45:46	CC	1019069127	ROJAS	MONTERO	DIEGO	ALEJANDRO	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:53:57	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:41:31	CC	1049629216	FERNANDEZ	ESPINOSA	KAROL	GISELA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:17:00	CC	23810177	VASQUEZ	MORENO	BLANCA	NUBIA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:34:16	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:33:09	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:10:30	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 20:30:35	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	TUNJA	NO



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



COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 19:01:20	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 18:43:40	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 18:41:16	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 18:39:09	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 18:21:25	CC	1049647500	ZIPA	VARGAS	GISELLE	ANDREA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:47:13	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:40:57	CC	1049625040	RODRIGUEZ	BOYACA	MARIA	CECILIA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:39:31	CC	33369727	HERRERA	HERRERA	SILVIA		TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:23:00	CC	23284976	MOZO	RIVERA	SANDRA	SOFIA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 15:00:20	CC	40036857	MOJICA	VELANDIA	LUZ	MARINA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 13:57:25	CC	40048087	GARRIDO	SEPULVEDA	DIANA	MILENA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 13:32:43	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 10:09:38	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 09:36:03	CC	1052410687	CEPEDA	HIGUERA	EVELYN	LUCIA	TUNJA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 09:26:08	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 09:15:24	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 09:14:47	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 09:14:07	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 08:22:39	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:51:29	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:32:56	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:15:26	CC	24219746	RUIZ	GARCIA	SONIA	YANETH	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	25/05/2020 17:25:03	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 13:10:49	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/05/2020 12:53:30	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 12:52:30	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/05/2020 12:51:53	CC	1019069127	ROJAS	MONTERO	DIEGO	ALEJANDRO	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 12:50:47	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/05/2020 12:49:56	CC	33369727	HERRERA	HERRERA	SILVIA		TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 12:45:43	CC	1049615437	ARAQUE	SOSA	JULIETH	ELIANA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 11:52:14	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	TUNJA	SI

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Control Normativo: 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 Mayo**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 11:44:59	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 09:44:19	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:53:36	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:26:40	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 19:21:03	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:53:24	CC	40048087	GARRIDO	SEPULVEDA	DIANA	MILENA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:45:05	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:44:58	CC	1049647500	ZIPA	VARGAS	GISELLE	ANDREA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:43:59	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIR	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:17:06	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:16:32	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:00:12	CC	1049629216	FERNANDEZ	ESPINOSA	KAROL	GISELA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 17:48:21	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 16:59:08	CC	23284976	MOZO	RIVERA	SANDRA	SOFIA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 13:09:39	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LIUANA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 12:58:16	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 12:34:54	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 12:11:51	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 12:05:19	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	TUNJA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 10:47:15	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 09:30:04	CC	1049615437	ARAQUE	SOSA	JULIETH	EUJANA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:57:51	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:12:58	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:10:09	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:37:11	CC	1049625040	RODRIGUEZ	BOYACA	MARIA	CECILIA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:37:04	CC	23810177	VASQUEZ	MORENO	BLANCA	NUBIA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:25:26	CC	40036857	MOJICA	VELANDIA	LUZ	MARINA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:14:18	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 18:55:41	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 18:55:28	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIR	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 18:53:33	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	TUNJA	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Control Normativo: 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 Mayo**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 17:44:55	CC	40048087	GARRIDO	SEPULVEDA	DIANA	MILENA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 17:40:28	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 17:20:58	CC	33369727	HERRERA	HERRERA	SILVIA		TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 17:20:46	CC	1049625040	RODRIGUEZ	BOYACA	MARIA	CECILIA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 14:14:48	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 13:02:33	CC	1049647500	ZIPA	VARGAS	GISELLE	ANDREA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 12:33:11	CC	1049629216	FERNANDEZ	ESPINOSA	KAROL	GISELA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 12:27:44	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	21/05/2020 12:25:44	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 12:14:09	CC	1020802850	SANTIAGO	ESTEBAN	VARGAS	GAITAN	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/05/2020 12:02:27	CC	23284976	MOZO	RIVERA	SANDRA	SOFIA	TUNJA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:39:28	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 08:47:05	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 08:06:09	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 08:01:26	CC	1049615437	ARAQUE	SOSA	JULIETH	ELIANA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:31:07	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:30:42	CC	40036857	MOJICA	VELANDIA	LUZ	MARINA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 19:38:45	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 18:39:55	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 17:25:00	CC	33369727	HERRERA	HERRERA	SILVIA		TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 17:22:04	CC	1049625040	RODRIGUEZ	BOYACA	MARIA	CECILIA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 17:19:30	CC	23284976	MOZO	RIVERA	SANDRA	SOFIA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 14:33:07	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 14:08:32	CC	40048087	GARRIDO	SEPULVEDA	DIANA	MILENA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 12:33:47	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 11:42:50	CC	1049615437	ARAQUE	SOSA	JULIETH	ELIANA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 10:26:55	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 10:10:42	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	20/05/2020 10:09:20	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:07:37	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:01:59	CC	1049647500	ZIPA	VARGAS	GISELLE	ANDREA	TUNJA	NO

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



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:56:31	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:54:39	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:54:39	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:26:22	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 18:21:53	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 18:21:04	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 16:11:20	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 15:31:25	CC	23284976	MOZO	RIVERA	SANDRA	SOFIA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 14:34:03	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 10:25:56	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:32:28	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:30:57	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:28:21	CC	1019069127	ROJAS	MONTERO	DIEGO	ALEJANDRO	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:27:52	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:24:42	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:23:55	CC	1049647500	ZIPA	VARGAS	GISELLE	ANDREA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:20:33	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	TUNJA	NO

### 6.4.1.2 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Duitama

INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA										
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 10:07:54	CC	74369909	ESTUPIÑAN	SEPULVEDA	CARLOS	FRANCISCO	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 09:54:53	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:12:10	CC	23323980	MOGOLLON	ANGARITA	NANCY		DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:22:14	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 16:43:38	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 13:37:42	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 13:11:50	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		DUITAMA	NO



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

E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	26/05/2020 09:35:02	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	26/05/2020 08:49:30	CC	74369909	ESTUPIÑAN	SEPULVED A	CARLOS	FRANCISCO	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALU D SAS	26/05/2020 08:37:42	CC	1090415369	SALAZAR	GRISALES	LUZ	KARINA	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALU D SAS	26/05/2020 08:07:26	CC	46456242	ACERO	MARTINE Z	DIANA	PATRICIA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	23/05/2020 11:19:14	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALU D SAS	23/05/2020 10:47:05	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	23/05/2020 08:16:39	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	23/05/2020 07:39:02	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	22/05/2020 21:21:26	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALU D SAS	22/05/2020 20:44:50	CC	91244699	GUTIERREZ	PINZON	OSWALDO	ALFONSO	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALU D SAS	22/05/2020 18:21:54	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	22/05/2020 15:13:47	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	22/05/2020 11:37:34	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	22/05/2020 08:15:36	CC	23323980	MOGOLLON	ANGARIT A	NANCY		DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	22/05/2020 08:01:58	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	22/05/2020 07:58:26	CC	74369909	ESTUPIÑAN	SEPULVED A	CARLOS	FRANCISCO	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALU D SAS	22/05/2020 07:38:02	CC	46456242	ACERO	MARTINE Z	DIANA	PATRICIA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	21/05/2020 13:13:23	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	21/05/2020 12:07:13	CC	23323980	MOGOLLON	ANGARIT A	NANCY		DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	21/05/2020 12:00:21	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALU D SAS	21/05/2020 10:15:57	CC	1090415369	SALAZAR	GRISALES	LUZ	KARINA	DUITAMA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALU D SAS	21/05/2020 09:37:45	CC	80258638	JIMENEZ	PINEDA	JOSE	LUIS	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	21/05/2020 08:42:30	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	21/05/2020 08:04:09	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	21/05/2020 07:56:10	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	21/05/2020 07:26:44	CC	74369909	ESTUPIÑAN	SEPULVED A	CARLOS	FRANCISCO	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	20/05/2020 16:36:53	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	20/05/2020 14:58:24	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	20/05/2020 13:42:09	CC	74369909	ESTUPIÑAN	SEPULVED A	CARLOS	FRANCISCO	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	20/05/2020 13:01:03	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	20/05/2020 08:48:06	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		DUITAMA	NO



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



COMPENSAR E.P.S	JERSALU D SAS	20/05/2020 08:07:47	CC	46456242	ACERO	MARTINE Z	DIANA	PATRICIA	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALU D SAS	20/05/2020 08:07:37	CC	46456242	ACERO	MARTINE Z	DIANA	PATRICIA	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALU D SAS	20/05/2020 08:07:37	CC	46456242	ACERO	MARTINE Z	DIANA	PATRICIA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	20/05/2020 07:38:12	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	19/05/2020 15:21:13	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALU D SAS	19/05/2020 13:19:28	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	19/05/2020 13:12:05	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	19/05/2020 11:28:35	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	19/05/2020 08:58:53	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALU D SAS	19/05/2020 07:41:35	CC	46456242	ACERO	MARTINE Z	DIANA	PATRICIA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALU D SAS	19/05/2020 07:41:34	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	DUITAMA	NO

**6.4.1.3 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Sogamoso**

INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA										
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:11:50	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 16:41:14	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:10:36	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:57:40	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:24:05	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:21:02	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 16:44:48	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 16:35:30	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 15:41:04	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 13:18:04	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 13:15:21	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 13:11:17	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 11:11:36	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 10:11:12	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 08:48:40	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		SOGAMOSO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019030  
 Línea Correo Nacional: 01800019030

[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 Mayo**

FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:41:47	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:17:40	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 09:03:45	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 08:13:50	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:24:56	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:19:16	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:07:16	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 14:33:41	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 13:18:22	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:49:34	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:45:13	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:31:04	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:22:23	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:11:26	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 08:42:06	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 08:35:11	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 08:20:50	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:55:11	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:36:21	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:34:06	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:25:47	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:18:43	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:13:01	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:11:16	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 13:06:25	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 12:37:59	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:54:39	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:59:30	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:51:49	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:30:32	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:24:04	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:13:54	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 06:55:03	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	SOGAMOSO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Linea Corrala Nacional: 01800019038  
VIGILADO



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 16:18:30	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 15:29:52	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 10:44:16	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:36:13	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:05:16	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:48:23	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:30:55	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:26:37	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:25:44	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:22:51	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	SOGAMOSO	NO

#### 6.4.1.4 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Chiquinquirá

INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA										
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:45:06	CC	1049638771	GONZALEZ	ROBLES	GERSSON	DAVID	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:29:11	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:23:47	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:22:35	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:21:47	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:19:37	CC	1049638771	GONZALEZ	ROBLES	GERSSON	DAVID	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 14:40:07	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 09:37:38	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 08:18:19	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:33:44	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:19:00	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:17:41	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/05/2020 10:38:58	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/05/2020 10:37:34	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:35:57	CC	1049638771	GONZALEZ	ROBLES	GERSSON	DAVID	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:13:04	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 09:06:39	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:24:23	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	CHIQUINQUIRA	NO



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



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:18:00	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:14:40	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:10:54	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:08:33	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:24:05	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:22:49	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:20:42	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:15:17	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:06:07	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:30:14	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:26:34	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:24:54	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:16:51	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:15:11	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 09:13:06	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 09:11:04	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 09:09:40	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:44:50	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:17:50	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:15:57	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	CHIQUINQUIRA	NO

**6.4.1.5 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Moniquirá**

INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA										
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 11:08:42	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 11:07:21	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:46:06	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	MONIQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:38:14	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 10:09:20	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	MONIQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:18:10	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 08:23:41	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:34:53	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	MONIQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:19:32	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	MONIQUIRA	NO

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



COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:19:31	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	MONIQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:46:37	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	MONIQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:45:50	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:34:48	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	MONIQUIRA	NO

### 6.4.1.6 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Garagoa

INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA										
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 10:05:42	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/05/2020 09:03:04	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:28:20	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:21:59	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 10:18:42	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 10:14:19	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 10:11:10	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:17:08	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:55:18	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:35:17	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:28:38	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:25:13	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:22:30	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/05/2020 13:05:16	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 08:18:48	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/05/2020 08:04:54	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:40:28	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:28:09	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:11:02	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:10:55	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:10:55	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:54:05	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:39:36	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:19:11	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:19:11	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	GARAGOA	NO



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:12:04	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:11:48	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:11:48	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:11:48	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:58:41	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:49:41	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		GARAGOA	NO

### 6.4.1.7 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Guateque

INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA										
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 09:44:23	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 09:41:39	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:31:47	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 10:25:36	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 10:23:23	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		GUATEQUE	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:18:41	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:25:59	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:09:25	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:15:55	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 09:57:41	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 10:07:58	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:16:54	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:01:02	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:46:50	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:06:53	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:06:53	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:57:25	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 09:03:52	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		GUATEQUE	NO



NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:53:15	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:31:45	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	GUATEQUE	NO

### 6.4.1.8 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Soatá

INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA										
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 09:45:12	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:45:48	CC	1057411768	FRANCO	VARGAS	KAREN	YESENIA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:38:44	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:08:44	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 14:16:31	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 08:04:32	CC	1057411768	FRANCO	VARGAS	KAREN	YESENIA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:19:30	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:15:34	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:05:55	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 09:07:41	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:03:29	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:38:10	CC	1057411768	FRANCO	VARGAS	KAREN	YESENIA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:06:51	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 11:17:08	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:42:24	CC	1057411768	FRANCO	VARGAS	KAREN	YESENIA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:09:38	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:05:52	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:22:11	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:17:31	CC	1057411768	FRANCO	VARGAS	KAREN	YESENIA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:14:48	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:08:18	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:32:15	CC	1057411768	FRANCO	VARGAS	KAREN	YESENIA	SOATA	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:27:14	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:10:36	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:06:45	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	SOATA	NO



### 6.4.2 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA Regional Meta

#### 6.4.2.1 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Villavicencio

		INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA					
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	Apellidos y nombres	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJA	SOSPECHOSO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	28/05/2020 16:11:36	CC	1119888832	CUESTA LEGUIZAMON YUDI MARCELA	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	28/05/2020 15:58:07	CC	1121916803	FALLA MUNEVAR SEBASTIAN	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/05/2020 15:57:07	CC	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	28/05/2020 15:55:07	CC	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/05/2020 15:51:49	CC	1121891060	PIZARRO RIVAS LEIDY KATHERINE	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/05/2020 15:16:19	CC	1120364043	SANCHEZ ALBA DIANA MARCELA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/05/2020 15:12:33	CC	40392862	SABOGAL ARIAS YAMILÉ	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	28/05/2020 14:09:37	CC	1006733676	PONTON PALACIOS JESICA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	28/05/2020 13:52:41	CC	19372804	SANTAMARIA RODRIGUEZ JAIRO ALFONSO	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/05/2020 13:42:40	CC	1010182835	PUENTES ROMERO IVAN CAMILO	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	28/05/2020 13:39:54	CC	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/05/2020 13:35:21	CC	1007449166	CARREÑO RAMIREZ ANGIE DANIELA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/05/2020 11:29:54	CC	1121829774	GOMEZ LEON DARWIN MIGUEL	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/05/2020 11:23:14	CC	40325398	LARRANAGA DIAZ ANGELICA MARIA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	28/05/2020 10:12:54	CC	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	VILLAVICENCIO	NO



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/05/2020 09:15:22	CC	1110581358	BONILLA MENDEZ MARIA JOSE	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/05/2020 08:23:36	CC	40398099	GARZON RODRIGUEZ CLAUDIA ESPERANZA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/05/2020 07:56:32	CC	40326034	ROJAS HERRERA JULY CAROLINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	28/05/2020 07:07:04	CC	41242448	RAMIREZ CASTAÑEDA CLAUDIA YANNETH	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/05/2020 06:54:54	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/05/2020 22:06:36	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/05/2020 22:04:26	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/05/2020 22:02:08	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 21:08:55	CC	1001401438	CUELLO MAUSA BLADIMIR	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 20:24:37	CC	1122237190	NEIRA ROJAS DIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 20:13:40	CC	1121888001	HERNANDEZ CRISTHIAN CAMILO	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 19:53:22	CC	40331099	ARANGO AMOROCHO GINNA KARINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	27/05/2020 19:40:25	CC	40215448	MENA REY FRANCY CAROLINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 19:08:42	CC	1121891060	PIZARRO RIVAS LEIDY KATHERINE	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/05/2020 19:04:30	CC	1234791149	BONILLA PERILLA SHARICT MARINEY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>



NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:56:34	CC	35263051	CORDOBA DUSSAN JOVANNA LIZET	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:52:56	CC	1121912611	MARIN BEDOYA JEISSON ALEXANDER	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:49:45	CC	1122123786	VILLALOBOS ACOSTA DINA LUZ	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:36:26	CC	1119888832	CUESTA LEGUIZAMON YUDI MARCELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:35:19	CC	1121914029	VELASQUEZ LOPEZ ROSELL NATALIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:34:00	CC	40404908	RAMIREZ HERNANDEZ BIANEY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:29:00	CC	40250253	LOPEZ TREJOS MARIELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:18:48	CC	1121905645	AVILA GOMEZ SANDRA YAMILE	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:17:55	CC	1193142908	GUERRA LOPEZ JENNIFER DAYANA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:16:10	CC	40218844	BELTRAN MONTES YULI YOJANA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:14:16	CC	1006878894	RAMOS CALDERON NUBIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:10:08	CC	1121930221	CAMACHO CORDERO YURLEY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:09:21	CC	1121904619	BAUTISTA OSPINA ANA PATRICIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:08:46	CC	1121859254	GALINDO PARGA PAOLA ANDREA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:08:08	TI	1006876280	UMAÑA PARRADO LUISA FERNANDA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:06:41	CC	1121846960	TELLEZ CABALLERO GRECIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:04:05	CC	1121926326	TULIBILA CARRASCAL DEISY PAOLA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:03:02	CC	23835203	NIÑO CHAURA NANCY	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:02:05	CC	40329336	ORTIZ YENI CAROLINA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:01:06	CC	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 18:00:05	CC	20546130	REINA REINA ANA BEATRIZ	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:58:30	CC	1121898957	ROA FORERO AURA MILENA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:57:27	CC	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:56:32	CC	1121821832	VELASQUEZ ROJAS LEYDY GISELLY	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:56:30	CC	1121937692	MARROQUIN INFANTE JENIFER	VILLAVICEN CIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:56:08	CC	1006733676	PONTON PALACIOS JESICA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:55:25	CC	1121880489	GUTIERREZ SIERRA JENNY SHIRLEY	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:55:21	CC	1014278902	MATEUS GARZON MARIA FERNANDA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:26:39	CC	1121898940	ROJAS CORREAL MAIDA FAISULY	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:00:41	CC	1120502407	PADILLA BERNAL LAURA CAMILA	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	27/05/2020 17:00:07	CC	1121838406	NAVARRO ARANGO MARIA EMILSEN	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 16:59:11	CC	1233493768	CASTRO GUERRERO JENNIFER	VILLAVICEN CIO	NO



NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 15:29:47	CC	19372804	SANTAMARIA RODRIGUEZ JAIRO ALFONSO	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 15:11:28	CC	1053776657	ARIAS ARIAS SANDRA LORENA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 14:57:01	CC	40392862	SABOGAL ARIAS YAMILE	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 14:42:51	CC	30937322	PENA VANEGAS NINI JOHANA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 14:42:20	CC	21190935	FLOREZ GARZON GLORIA ISABEL	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/05/2020 13:00:42	CC	1121867640	BOCANEGRA ANDRADE JENNIFER ALEXANDRA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 12:36:44	CC	40325398	LARRANAGA DIAZ ANGELICA MARIA	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/05/2020 11:30:56	CC	1234791356	GONZALEZ CASTILLO DAYANA LICETH	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/05/2020 10:39:00	CC	40340723	VARELA PARRADO SANDRA MILENA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 09:21:46	CC	32612567	RIVERA RAMOS YARLINES SUGEY	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 09:10:37	CC	40326034	ROJAS HERRERA JULY CAROLINA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/05/2020 09:10:04	CC	1121862132	GARCIA ALVAREZ MERY YADIRA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 09:03:49	CC	40185140	BAQUERO MARTINEZ RUTH MARY	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:54:29	TI	1006823768	ORJUELA GALLO KENETH YULLIANT	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:49:25	CC	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:31:51	CC	86080094	ROMERO RAMIREZ JOSE ADELMO	VILLAVICEN CIO	NO



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:16:59	CC	1121891060	PIZARRO RIVAS LEIDY KATHERINE	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:06:56	CC	35262590	CARVAJAL MORENO BLANCA LI	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:54:57	CC	1107054334	BOCANEGRA MOSQUERA DIEGO FERNANDO	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:52:17	CC	1007449166	CARREÑO RAMIREZ ANGIE DANIELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/05/2020 06:24:55	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/05/2020 06:23:31	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 06:13:34	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 20:54:05	CC	1121888001	HERNANDEZ CRISTHIAN CAMILO	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	26/05/2020 20:49:32	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	26/05/2020 20:48:33	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	26/05/2020 20:47:26	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	26/05/2020 20:47:18	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	26/05/2020 20:46:36	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 20:16:37	CC	1107054334	BOCANEGRA MOSQUERA DIEGO FERNANDO	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 20:16:10	CC	40404908	RAMIREZ HERNANDEZ BIANEY	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 19:32:30	CC	40218844	BELTRAN MONTES YULI YOJANA	VILLAVICEN CIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 19:17:16	CC	1121930221	CAMACHO CORDERO YURLEY	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 19:16:35	CC	1121846960	TELLEZ CABALLERO GRECIA YAJAYRA	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	26/05/2020 18:57:44	CC	1121838406	NAVARRO ARANGO MARIA EMILSEN	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 18:57:04	CC	40250253	LOPEZ TREJOS MARIELA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 18:52:07	CC	1121859254	GALINDO PARGA PAOLA ANDREA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 18:28:39	CC	1121912611	MARIN BEDOYA JEISSON ALEXANDER	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 18:23:07	CC	40185140	BAQUERO MARTINEZ RUTH MARY	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	26/05/2020 18:04:57	CC	40215448	MENA REY FRANCY CAROLINA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:57:41	CC	40392862	SABOGAL ARIAS YAMILE	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:57:21	CC	1121853253	REINA WALTEROS MIGUEL ANGEL	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:55:19	CC	1121960259	CLAVIJO FERRO KAREN ESTEYSI	VILLAVICEN CIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:54:36	CC	1121926326	TULIBILA CARRASCAL DEISY PAOLA	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:54:36	CC	1014278902	MATEUS GARZON MARIA FERNANDA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:50:34	CC	1121898957	ROA FORERO AURA MILENA	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:20:23	CC	1121867640	BOCANEGRA ANDRADE JENNIFER	VILLAVICEN CIO	NO



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 16:14:16	CC	1006878894	RAMOS CALDERON NUBIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 15:44:47	CC	1110581358	BONILLA MENDEZ MARIA JOSE	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 15:42:51	CC	35262590	CARVAJAL MORENO BLANCA LI	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 15:38:53	CC	35263051	CORDOBA DUSSAN JOVANNA LIZET	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 15:32:32	CC	40398099	GARZON RODRIGUEZ CLAUDIA ESPERANZA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 15:12:16	CC	19372804	SANTAMARIA RODRIGUEZ JAIRO ALFONSO	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 15:04:46	CC	20546130	REINA REINA ANA BEATRIZ	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 14:52:43	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 14:46:59	CC	23835203	NIÑO CHAURA NANCY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 14:32:18	CC	1121905645	AVILA GOMEZ SANDRA YAMILE	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 13:47:09	CC	1010182835	PUENTES ROMERO IVAN CAMILO	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 13:46:37	CC	40329336	ORTIZ YENI CAROLINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 13:32:05	CC	41242448	RAMIREZ CASTAÑEDA CLAUDIA YANNETH	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 13:26:38	CC	1121898940	ROJAS CORREAL MAIDA FAISULY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 11:41:16	CC	40326034	ROJAS HERRERA JULY CAROLINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 10:18:40	CC	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 09:20:10	CC	1120502407	PADILLA BERNAL LAURA CAMILA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 09:16:53	CC	1233493768	CASTRO GUERRERO JENNIFER CATALINA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 08:17:06	CC	86080094	ROMERO RAMIREZ JOSE ADELMO	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	26/05/2020 08:16:36	CC	1121937692	MARROQUIN INFANTE JENIFER	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:38:54	CC	43920473	ROJAS GOMEZ MIRIAM LILIANA	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:37:11	CC	1043000119	PATINO ROMERO SANDRA CRISTINA	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:30:51	CC	12565313	MEJIA CASTRO JOSE ROBERTO	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	26/05/2020 07:26:06	CC	40340723	VARELA PARRADO SANDRA MILENA	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	26/05/2020 06:37:14	CC	1006733676	PONTON PALACIOS JESICA	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	26/05/2020 05:59:55	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	25/05/2020 20:55:23	CC	1121930221	CAMACHO CORDERO YURLEY	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	25/05/2020 20:52:12	CC	40326034	ROJAS HERRERA JULY CAROLINA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	25/05/2020 19:53:07	CC	1001401438	CUELLO MAUSA BLADIMIR	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	25/05/2020 19:25:28	CC	1119888832	CUESTA LEGUIZAMON YUDI MARCELA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	25/05/2020 19:20:45	CC	40404908	RAMIREZ HERNANDEZ BIANEY	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	25/05/2020 18:36:53	CC	41242448	RAMIREZ CASTAÑEDA CLAUDIA YANNETH	VILLAVICENCIO	NO



NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	25/05/2020 18:36:24	CC	40448789	MURILLO HERRERA MARIA OLINDA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	25/05/2020 17:22:55	CC	1123403310	GUTIERREZ HERNANDEZ KAREN MELITZA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	25/05/2020 16:15:01	CC	1121914029	VELASQUEZ LOPEZ ROSELL NATALIA	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	25/05/2020 15:55:55	CC	1121867640	BOCANEGRA ANDRADE JENNIFER ALEXANDRA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	25/05/2020 13:37:26	CC	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	25/05/2020 12:15:54	CC	1107054334	BOCANEGRA MOSQUERA DIEGO FERNANDO	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	25/05/2020 11:00:37	CC	1193142908	GUERRA LOPEZ JENNIFER DAYANA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	25/05/2020 10:58:36	CC	1121898940	ROJAS CORREAL MAIDA FAISULY	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	25/05/2020 10:31:38	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	25/05/2020 10:31:08	CC	1121862132	GARCIA ALVAREZ MERY YADIRA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	25/05/2020 09:23:21	CC	23835203	NIÑO CHAURA NANCY	VILLAVICEN CIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	25/05/2020 08:21:38	CC	1006733676	PONTON PALACIOS JESICA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	25/05/2020 07:39:26	CC	1121947580	CARDENAS QUINTERO VIVIANA ANDREA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	25/05/2020 07:14:42	CC	1121837556	CASTRO QUEVEDO EDY YOHANA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	25/05/2020 07:03:12	CC	1121905645	AVILA GOMEZ SANDRA YAMILE	VILLAVICEN CIO	NO



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/05/2020 22:33:42	CC	21190935	FLOREZ GARZON GLORIA ISABEL	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	24/05/2020 22:28:59	CC	1121937692	MARROQUIN INFANTE JENIFER	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/05/2020 21:49:57	CC	40250253	LOPEZ TREJOS MARIELA	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	24/05/2020 21:41:20	CC	1014278902	MATEUS GARZON MARIA FERNANDA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/05/2020 20:50:07	CC	20546130	REINA REINA ANA BEATRIZ	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/05/2020 20:24:59	CC	1121912611	MARIN BEDCYA JEISSON ALEXANDER	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	24/05/2020 20:14:03	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/05/2020 20:12:01	CC	1001401438	CUELLO MAUSA BLADIMIR	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/05/2020 19:16:06	CC	1121862132	GARCIA ALVAREZ MERY YADIRA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	24/05/2020 19:01:04	CC	40448789	MURILLO HERRERA MARIA OLINDA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/05/2020 18:24:00	CC	1121898940	ROJAS CORREAL MAIDA FAISULY	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	24/05/2020 16:54:23	CC	23835203	NIÑO CHAURA NANCY	VILLAVICEN CIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	24/05/2020 16:37:36	CC	1121930221	CAMACHO CORDERO YURLEY	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	24/05/2020 15:05:18	CC	1121905645	AVILA GOMEZ SANDRA YAMILE	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	24/05/2020 13:53:09	CC	1121867640	BOCANEGRA ANDRADE JENNIFER ALEXANDRA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/05/2020 13:05:56	CC	1233493768	CASTRO GUERRERO JENNIFER	VILLAVICEN CIO	NO



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	24/05/2020 10:55:19	CC	40215448	MENA REY FRANCY CAROLINA	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	24/05/2020 09:17:26	CC	1121904619	BAUTISTA OSPINA ANA PATRICIA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/05/2020 09:05:19	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/05/2020 07:23:23	CC	1006878894	RAMOS CALDERON NUBIA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 22:48:04	CC	1121898940	ROJAS CORREAL MAIDA FAISULY	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	23/05/2020 21:38:37	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/05/2020 21:07:16	CC	1014278902	MATEUS GARZON MARIA FERNANDA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 20:49:01	CC	1019071171	RODRIGUEZ ADRIANA LORENA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 19:45:02	CC	21190935	FLOREZ GARZON GLORIA ISABEL	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 19:03:36	CC	1121888001	HERNANDEZ CRISTHIAN CAMILO	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/05/2020 17:53:19	CC	40215448	MENA REY FRANCY CAROLINA	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/05/2020 17:40:58	CC	1121950663	ACUNA VILLADIEGO ADRIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 17:12:21	CC	40185140	BAQUERO MARTINEZ RUTH MARY	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 16:24:49	CC	40446687	GUERRERO OBANDO NUZ ESPERANZA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/05/2020 16:22:58	CC	20546130	REINA REINA ANA BEATRIZ	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 16:06:29	CC	1001401438	CUELLO MAUSA BLADIMIR	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 16:01:40	CC	12565313	MEJIA CASTRO JOSE ROBERTO	VILLAVICEN CIO	NO



NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 14:26:19	CC	23835203	NIÑO CHAURA NANCY	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/05/2020 14:01:55	CC	1121960259	CLAVIJO FERRO KAREN ESTEYSI	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/05/2020 13:52:02	CC	1121862132	GARCIA ALVAREZ MERY YADIRA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 13:35:00	CC	40329336	ORTIZ YENI CAROLINA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/05/2020 13:34:55	CC	1006878894	RAMOS CALDERON NUBIA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 13:31:41	CC	1121912611	MARIN BEDOYA JEISSON ALEXANDER	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/05/2020 13:25:01	CC	1233493768	CASTRO GUERRERO JENNIFER CATALINA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 13:22:25	CC	1120502407	PADILLA BERNAL LAURA CAMILA	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	23/05/2020 12:20:14	CC	1121904619	BAUTISTA OSPINA ANA PATRICIA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 12:04:01	CC	1121837556	CASTRO QUEVEDO EDY YOHANA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 11:56:55	CC	1121914029	VELASQUEZ LOPEZ ROSELL NATALIA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 11:20:01	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 10:48:10	CC	1043000119	PATIÑO ROMERO SANDRA CRISTINA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 10:47:03	CC	1121894100	QUEVEDO TAMAYO ANGIE LIZETH	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 09:59:20	CC	1122120131	PIRABAN PEREZ NOHORA ALEJANDRA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 09:58:25	CC	52776902	ROMERO BERNAL HAIDIVY	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 09:50:54	CC	1120364043	SANCHEZ ALBA DIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	NO

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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/05/2020 08:11:05	CC	40326034	ROJAS HERRERA JULY CAROLINA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:50:41	CC	40448789	MURILLO HERRERA MARIA OLINDA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:42:34	CC	1118533308	RINCON NOCUA JENNY JOHANA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 07:37:32	CC	1122237190	NEIRA ROJAS DIANA MARCELA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 06:08:51	CC	1121905645	AVILA GOMEZ SANDRA YAMILE	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	23/05/2020 06:05:16	CC	1121867640	BOCANEGRA ANDRADE JENNIFER ALEXANDRA	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 05:47:09	CC	40250253	LOPEZ TREJOS MARIELA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 05:03:18	CC	41242448	RAMIREZ CASTAÑEDA CLAUDIA YANNETH	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/05/2020 22:03:51	CC	1121937692	MARROQUIN INFANTE JENIFER	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	22/05/2020 20:30:41	CC	1121867640	BOCANEGRA ANDRADE JENNIFER ALEXANDRA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:31:34	CC	1121827319	CASTRO BELTRAN MARIAN GISSELA	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:21:54	CC	1121859254	GALINDO PARGA PAOLA ANDREA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:18:04	CC	35262590	CARVAJAL MORENO BLANCA LI	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:17:54	CC	1121838406	NAVARRO ARANGO MARIA EMILSEN	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 18:13:19	CC	40218844	BELTRAN MONTES YULI YOJANA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 17:37:27	CC	1121898957	ROA FORERO AURA MILENA	VILLAVICENCIO	NO

www.jersalud.com



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 17:35:10	CC	1121926326	TULIBILA CARRASCAL DEISY PAOLA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 17:32:30	CC	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 17:20:10	CC	40185140	BAQUERO MARTINEZ RUTH MARY	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 17:17:20	CC	35263051	CORDOBA DUSSAN JOVANNA LIZET	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 16:57:07	CC	1053776657	ARIAS ARIAS SANDRA LORENA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 16:21:00	CC	40443936	DIAZ CASTILLO SANDRA MARCELA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 16:02:49	CC	23835203	NIÑO CHAURA NANCY	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 15:38:09	CC	40448789	MURILLO HERRERA MARIA OLINDA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 15:36:23	CC	1121898940	ROJAS CORREAL MAIDA FAISULY	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 15:09:56	CC	1193142908	GUERRA LOPEZ JENNIFER DAYANA	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/05/2020 14:46:42	CC	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 14:44:26	CC	1120502407	PADILLA BERNAL LAURA CAMILA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 14:40:26	CC	1233493768	CASTRO GUERRERO JENNIFER CATALINA	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/05/2020 14:33:40	CC	1014278902	MATEUS GARZON MARIA FERNANDA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 14:28:37	CC	1010182835	PUNTES ROMERO IVAN CAMILO	VILLAVICENCIO	NO



NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 14:22:13	CC	19372804	SANTAMARIA RODRIGUEZ JAIRO ALFONSO	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 14:20:31	CC	21190935	FLOREZ GARZON GLORIA ISABEL	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 14:05:18	CC	20546130	REINA REINA ANA BEATRIZ	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 14:03:50	CC	47441197	GONZALEZ CUEVAS YSELLA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 13:40:27	CC	1119888832	CUESTA LEGUIZAMON YUDI MARCELA	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/05/2020 13:37:01	CC	40215448	MENA REY FRANCY CAROLINA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 13:34:30	CC	1121912611	MARIN BEDCOYA JEISSON ALEXANDER	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 13:33:53	CC	40250253	LOPEZ TREJOS MARIELA	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/05/2020 13:26:20	CC	1123088758	GONZALEZ NOVOA BELKI NATALY	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/05/2020 13:16:48	CC	1121960259	CLAVIJO FERRO KAREN ESTEYSI	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 13:08:54	CC	1006878894	RAMOS CALDERON NUBIA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 13:03:00	CC	40446687	GUERRERO OBANDO NUZ ESPERANZA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 12:21:28	CC	1043000119	PATIÑO ROMERO SANDRA CRISTINA	VILLAVICEN CIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 12:18:13	CC	43920473	ROJAS GOMEZ MIRIAM LILIANA	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	22/05/2020 12:15:45	CC	1045688991	RODRIGUEZ ESCOBAR MARTHA INES	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 11:45:39	CC	40325398	LARRANAGA DIAZ ANGELICA	VILLAVICEN CIO	NO



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 11:17:34	CC	1121837556	CASTRO QUEVEDO EDY YOHANA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 11:14:46	CC	1001401438	CUELLO MAUSA BLADIMIR	VILLAVICEN CIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/05/2020 11:11:28	CC	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 11:11:06	CC	1121862132	GARCIA ALVAREZ MERY YADIRA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 11:05:39	CC	1019071171	REY RODRIGUEZ ADRIANA LORENA	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	22/05/2020 10:43:14	CC	1121904619	BAUTISTA OSPINA ANA PATRICIA	VILLAVICEN CIO	SI
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	22/05/2020 10:42:38	CC	1006733676	PONTON PALACIOS JESICA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 10:39:46	CC	1007449166	CARREÑO RAMIREZ ANGIE DANIELA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 10:38:45	CC	1110581358	BONILLA MENDEZ MARIA JOSE	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/05/2020 10:37:33	CC	1121950663	ACUNA VILLADIEGO ADRIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 10:32:50	CC	40449526	SANTOS RODRIGUEZ ANDREA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 10:29:18	CC	1121888001	HERNANDEZ CRISTHIAN CAMILO	VILLAVICEN CIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 09:41:28	CC	1121930221	CAMACHO CORDERO YURLEY	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	22/05/2020 09:35:52	CC	40340723	VARELA PARRADO SANDRA MILENA	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	22/05/2020 09:33:58	CC	1234791149	BONILLA PERILLA SHARICT MARINEY	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 09:19:03	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:48:21	CC	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	VILLAVICEN CIO	NO



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:44:36	CC	52776902	ROMERO BERNAL HADIVY	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:42:04	CC	1122120131	PIRABAN PEREZ NOHORA ALEJANDRA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:41:38	CC	1120364043	SANCHEZ ALBA DIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:39:31	CC	1122237190	NEIRA ROJAS DIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:31:27	CC	1121894100	QUEVEDO TAMAYO ANGIE LIZETH	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:23:03	CC	1119894087	MORA FRANCO MORELIA JINETH	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:22:42	CC	1107054334	BOCANEGRA MOSQUERA DIEGO FERNANDO	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 06:58:05	CC	1121914029	VELASQUEZ LOPEZ ROSELL NATALIA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 06:46:55	CC	41242448	RAMIREZ CASTAÑEDA CLAUDIA YANNETH	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 23:20:11	CC	1122123786	VILLALOBOS ACOSTA DINA LUZ	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/05/2020 20:39:59	CC	1121937692	MARROQUIN INFANTE JENIFER	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 19:44:11	CC	1121905645	AVILA GOMEZ SANDRA YAMILE	VILLAVICEN CIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	21/05/2020 18:38:12	CC	1006733676	PONTON PALACIOS JESICA	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/05/2020 18:36:51	CC	1014278902	MATEUS GARZON MARIA FERNANDA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 18:28:02	CC	40404908	RAMIREZ HERNANDEZ BIANEY	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	21/05/2020 17:30:31	CC	1121904619	BAUTISTA OSPINA ANA PATRICIA	VILLAVICEN CIO	SI
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	21/05/2020 16:48:08	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA	VILLAVICEN CIO	NO



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 16:39:39	CC	40443936	DIAZ CASTILLO SANDRA MARCELA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 16:23:13	CC	1123403310	GUTIERREZ HERNANDEZ KAREN MELITZA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 15:58:13	CC	1007449166	CARREÑO RAMIREZ ANGIE DANIELA	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/05/2020 15:57:33	CC	1121916803	FALLA MUNEVAR SEBASTIAN	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 15:55:07	CC	1010182835	PUNTES ROMERO IVAN CAMILO	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 15:53:48	CC	1110581358	BONILLA MENDEZ MARIA JOSE	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 15:53:07	CC	40039701	SOLER CABALLERO MARTA LUCIA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 15:45:32	CC	19372804	SANTAMARIA RODRIGUEZ JAIRO ALFONSO	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 15:39:24	CC	1121891060	PIZARRO RIVAS LEIDY KATHERINE	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 15:24:52	CC	30937322	PENA VANEGAS NINI JOHANA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 15:14:25	CC	1121898940	ROJAS CORREAL MAIDA FAISULY	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/05/2020 15:01:05	CC	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 15:00:16	CC	32612567	RIVERA RAMOS YARLINES SUGEY	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 14:59:02	CC	1121880489	GUTIERREZ SIERRA JENNY SHIRLEY	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 14:54:54	CC	40329336	ORTIZ YENI CAROLINA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 14:50:04	CC	1120502407	PADILLA BERNAL LAURA CAMILA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 14:48:53	CC	1006878894	RAMOS CALDERON NUBIA	VILLAVICENCIO	NO



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 14:26:26	CC	1121829774	GOMEZ LEON DARWIN MIGUEL	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	21/05/2020 14:10:20	CC	40340723	VARELA PARRADO SANDRA MILENA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 13:43:34	CC	40392862	SABOGAL ARIAS YAMILE	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/05/2020 13:40:10	CC	1121838406	NAVARRO ARANGO MARIA EMILSEN	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 13:16:13	CC	40398099	GARZON RODRIGUEZ CLAUDIA ESPERANZA	VILLAVICEN CIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/05/2020 12:21:16	CC	43920473	ROJAS GOMEZ MIRIAM LILIANA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 11:54:56	CC	40449526	SANTOS RODRIGUEZ ANDREA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 11:30:29	CC	1107054334	BOCANEGRA MOSQUERA DIEGO FERNANDO	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 11:29:39	CC	1121894100	QUEVEDO TAMAYO ANGIE LIZETH	VILLAVICEN CIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 10:40:39	CC	1120498277	BARON QUINTERO DIEGO ANDRES	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 10:39:32	CC	1019071171	REY RODRIGUEZ ADRIANA LORENA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 10:36:36	CC	1053776657	ARIAS ARIAS SANDRA LORENA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 10:24:13	CC	35262590	CARVAJAL MORENO BLANCA LI	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 10:24:07	CC	40448789	MURILLO HERRERA MARIA OLINDA	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/05/2020 10:23:11	CC	1123088758	GONZALEZ NOVOA BELKI NATALY	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 10:13:21	CC	40250253	LOPEZ TREJOS MARIELA	VILLAVICEN CIO	NO



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 10:04:56	CC	1121926625	MELO GONZALEZ KAREN EMILIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 10:03:34	CC	52776902	ROMERO BERNAL HAIDIVY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 10:02:39	CC	1122120131	PIRABAN PEREZ NOHORA ALEJANDRA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:59:17	CC	20546130	REINA REINA ANA BEATRIZ	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:55:48	CC	1043000119	PATIÑO ROMERO SANDRA CRISTINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:55:04	CC	47441197	GONZALEZ CUEVAS YSELLA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:54:12	CC	1121867640	BOCANEGRA ANDRADE JENNIFER ALEXANDRA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:52:30	CC	1119888832	CUESTA LEGUIZAMON YUDI MARCELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:48:25	CC	40218844	BELTRAN MONTES YULI YOJANA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:47:17	CC	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:46:37	CC	1121912611	MARIN BEDOYA JEISSON ALEXANDER	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:44:40	CC	21190935	FLOREZ GARZON GLORIA ISABEL	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:39:09	CC	1121914029	VELASQUEZ LOPEZ ROSELL NATALIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:38:19	CC	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:37:06	CC	1121846960	TELLEZ CABALLERO GRECIA YAJAYRA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:36:53	CC	1121926326	TULIBILA CARRASCAL DEISY PAOLA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>

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



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:33:54	CC	1121960259	CLAVIJO FERRO KAREN ESTEYSI	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:33:50	CC	1121853253	REINA WALTEROS MIGUEL ANGEL	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:33:05	CC	1121859254	GALINDO PARGA PAOLA ANDREA	VILLAVICEN CIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:25:29	CC	1121930221	CAMACHO CORDERO YURLEY	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 09:08:35	CC	1001401438	CUELLO MAUSA BLADIMIR	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/05/2020 08:51:18	CC	1014278902	MATEUS GARZON MARIA FERNANDA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 08:17:49	CC	40446687	GUERRERO OBANDO NUZ ESPERANZA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 08:01:24	CC	12565313	MEJIA CASTRO JOSE ROBERTO	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:31:29	CC	1121827319	CASTRO BELTRAN MARIAN GISELA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:29:08	CC	1118533308	RINCON NOCUA JENNY JOHANA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 06:57:16	CC	1121862132	GARCIA ALVAREZ MERY YADIRA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 06:51:12	CC	1120364043	SANCHEZ ALBA DIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 06:25:18	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 22:44:59	CC	41242448	RAMIREZ CASTAÑEDA CLAUDIA YANNETH	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 22:03:34	CC	23835203	NIÑO CHAURA NANCY	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 20:50:52	CC	40392862	SABOGAL ARIAS YAMILE	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/05/2020 20:45:55	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA	VILLAVICEN CIO	NO



COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	20/05/2020 20:01:13	CC	1006733676	PONTON PALACIOS JESICA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 20:01:13	CC	1121916803	FALLA MUNEVAR SEBASTIAN	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	20/05/2020 19:59:29	CC	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 19:40:50	CC	1001401438	CUELLO MAUSA BLADIMIR	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 19:02:45	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 18:55:29	CC	40404908	RAMIREZ HERNANDEZ BIANEY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	20/05/2020 18:07:37	CC	40215448	MENA REY FRANCY CAROLINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 17:20:09	CC	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 16:35:31	CC	1053776657	ARIAS ARIAS SANDRA LORENA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 16:33:45	CC	20546130	REINA REINA ANA BEATRIZ	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 14:54:36	CC	40250253	LOPEZ TREJOS MARIELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 14:42:12	CC	1121914029	VELASQUEZ LOPEZ ROSELL NATALIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 14:39:12	CC	1122237190	NEIRA ROJAS DIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 14:29:24	CC	19372804	SANTAMARIA RODRIGUEZ JAIRO ALFONSO	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 14:28:57	CC	1010182835	PUNTES ROMERO IVAN CAMILO	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	20/05/2020 13:53:46	CC	1121950663	ACUNA VILLADIEGO ADRIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 13:52:34	CC	1121859254	GALINDO PARGA PAOLA ANDREA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 13:20:47	CC	1007449166	CARREÑO RAMIREZ ANGIE	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 13:02:16	CC	1019071171	REY RODRIGUEZ ADRIANA LORENA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 12:47:32	CC	1121898940	ROJAS CORREAL MAIDA FAISULY	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 12:25:04	CC	40449526	SANTOS RODRIGUEZ ANDREA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 12:15:53	CC	1110581358	BONILLA MENDEZ MARIA JOSE	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 12:14:56	CC	40331099	ARANGO AMOROCHO GINNA KARINA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 11:56:47	CC	40325398	LARRANAGA DIAZ ANGELICA MARIA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 11:48:27	CC	40326034	ROJAS HERRERA JULY CAROLINA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 10:56:15	CC	1123403310	GUTIERREZ HERNANDEZ KAREN MELITZA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 10:49:08	CC	1121891060	PIZARRO RIVAS LEIDY KATHERINE	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 10:06:35	CC	1043000119	PATINO ROMERO SANDRA CRISTINA	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/05/2020 10:05:06	CC	43920473	ROJAS GOMEZ MIRIAM LILIANA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:59:37	CC	1122123786	VILLALOBOS ACOSTA DINA LUZ	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:57:24	CC	40446687	GUERRERO OBANDO NUZ ESPERANZA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:55:24	CC	1121846960	TELLEZ CABALLERO GRECIA YAJAYRA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:52:07	CC	1121880489	GUTIERREZ SIERRA JENNY SHIRLEY	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:51:01	CC	32612567	RIVERA RAMOS YARLINES SUGEY	VILLAVICENCIO	NO
SALUD	JERSALUD				BAQUERO	VILLAVICENCIO	



CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:46:33	CC	1121867640	BOCANEGRA ANDRADE JENNIFER ALEXANDRA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:44:30	CC	40329336	ORTIZ YENI CAROLINA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:19:38	CC	1193142908	GUERRA LOPEZ JENNIFER DAYANA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 08:18:20	CC	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:36:59	CC	52776902	ROMERO BERNAL HAIDIVY	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:36:40	CC	12565313	MEJIA CASTRO JOSE ROBERTO	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:36:11	CC	40448789	MURILLO HERRERA MARIA OLINDA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:35:02	CC	1122120131	PIRABAN PEREZ NOHORA ALEJANDRA	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:34:45	CC	1234791149	BONILLA PERILLA SHARICT MARINEY	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:26:22	CC	1118533308	RINCON NOCUA JENNY JOHANA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 23:04:40	CC	1001401438	CUELLO MAUSA BLADIMIR	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 22:18:56	CC	1122123786	VILLALOBOS ACOSTA DINA LUZ	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 22:06:37	CC	35263051	CORDOBA DUSSAN JOVANNA LIZET	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/05/2020 21:45:23	CC	1121937692	MARROQUIN INFANTE JENIFER	VILLAVICEN CIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 21:15:12	CC	1121930221	CAMACHO CORDERO YURLEY	VILLAVICEN CIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	19/05/2020 20:51:07	CC	1006733676	PONTON PALACIOS JESICA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 20:38:33	CC	40404908	RAMIREZ HERNANDEZ BIANEY	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/05/2020 20:18:35	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA	VILLAVICEN CIO	NO



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 20:00:25	CC	40329336	ORTIZ YENI CAROLINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 20:00:18	CC	40329336	ORTIZ YENI CAROLINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/05/2020 19:15:25	CC	1014278902	MATEUS GARZON MARIA FERNANDA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/05/2020 19:15:06	CC	1121960259	CLAVIJO FERRO KAREN ESTEYSI	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 19:13:44	CC	1123403310	GUTIERREZ HERNANDEZ KAREN MELITZA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 18:48:21	CC	1121905645	AVILA GOMEZ SANDRA YAMILE	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 18:27:17	CC	1193142908	GUERRA LOPEZ JENNIFER DAYANA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/05/2020 18:13:24	CC	40215448	MENA REY FRANCY CAROLINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 18:12:42	CC	40250253	LOPEZ TREJOS MARIELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/05/2020 18:03:34	CC	1121950663	ACUNA VILLADIEGO ADRIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/05/2020 17:48:01	CC	1121867640	BOCANEGRA ANDRADE JENNIFER ALEXANDRA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 17:19:53	CC	1119888832	CUESTA LEGUIZAMON YUDI MARCELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 17:05:00	CC	30937322	PENA VANEGAS NINI JOHANA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 16:51:57	CC	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 16:45:00	CC	1120502833	CAÑON REINA JESSICA MARCELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/05/2020 16:31:23	CC	1121838406	NAVARRO ARANGO MARIA EMILSEN	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 16:30:21	CC	41242448	RAMIREZ CASTAÑEDA CLAUDIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 16:08:14	CC	1110581358	BONILLA MENDEZ MARIA JOSE	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 16:05:08	CC	47441197	GONZALEZ CUEVAS YSELLA	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/05/2020 16:03:55	CC	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 16:00:41	CC	1121926625	MELO GONZALEZ KAREN EMILIA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 15:54:04	CC	1053776657	ARIAS ARIAS SANDRA LORENA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 15:53:11	CC	40331099	ARANGO AMOROCHO GINNA KARINA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 15:38:40	CC	1010182835	PUNTES ROMERO IVAN CAMILO	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 15:26:50	CC	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 14:45:53	CC	19372804	SANTAMARIA RODRIGUEZ JAIRO ALFONSO	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 13:45:01	CC	1007449166	CARREÑO RAMIREZ ANGIE DANIELA	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 13:41:08	CC	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 13:34:04	CC	52776902	ROMERO BERNAL HAIDIVY	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 13:32:50	CC	1122120131	PIRABAN PEREZ NOHORA ALEJANDRA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 13:26:32	CC	1019071171	REY RODRIGUEZ ADRIANA LORENA	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 12:51:21	CC	12565313	MEJIA CASTRO JOSE ROBERTO	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 12:40:55	CC	1121862132	GARCIA ALVAREZ MERY YADIRA	VILLAVICENCIO	NO



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 11:53:22	CC	1121829774	GOMEZ LEON DARWIN MIGUEL	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 11:46:02	CC	35262590	CARVAJAL MORENO BLANCA LI	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 11:42:27	CC	40449526	SANTOS RODRIGUEZ ANDREA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 11:40:07	CC	1120364043	SANCHEZ ALBA DIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 11:32:25	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/05/2020 11:19:03	CC	43920473	ROJAS GOMEZ MIRIAM LILIANA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 11:16:26	CC	1043000119	PATINO ROMERO SANDRA CRISTINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 11:15:32	CC	1121898940	ROJAS CORREAL MAIDA FAISULY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 11:00:46	CC	1120498277	BARON QUINTERO DIEGO ANDRES	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 11:00:23	CC	40448789	MURILLO HERRERA MARIA OLINDA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 10:11:50	CC	1233493768	CASTRO GUERRERO JENNIFER CATALINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/05/2020 09:32:38	CC	1119894087	MORA FRANCO MORELIA JINETH	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:46:30	CC	40446687	GUERRERO OBANDO NUZ ESPERANZA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:39:47	CC	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:33:54	CC	1121912611	MARIN BEDOYA JEISSON ALEXANDER	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:15:45	CC	40398099	GARZON RODRIGUEZ CLAUDIA ESPERANZA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>



NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:03:59	CC	1121914029	VELASQUEZ LOPEZ ROSELL NATALIA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:58:03	CC	1107054334	BOCANEGRA MOSQUERA DIEGO FERNANDO	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:57:32	CC	1121888001	HERNANDEZ CRISTHIAN CAMILO	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:57:27	CC	1121837556	CASTRO QUEVEDO EDY YOHANA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:35:07	CC	1118533308	RINCON NOCUA JENNY JOHANA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:21:36	CC	32612567	RIVERA RAMOS YARLINES SUGEY	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:18:17	CC	40185140	BAQUERO MARTINEZ RUTH MARY	VILLAVICEN CIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:17:38	CC	1121880489	GUTIERREZ SIERRA JENNY SHIRLEY	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/05/2020 05:50:13	CC	20546130	REINA REINA ANA BEATRIZ	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/05/2020 23:54:44	CC	1014278902	MATEUS GARZON MARIA FERNANDA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 22:47:25	CC	40326034	ROJAS HERRERA JULY CAROLINA	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/05/2020 22:18:33	CC	1121937692	MARROQUIN INFANTE JENIFER	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 21:25:31	CC	23835203	NIÑO CHAURA NANCY	VILLAVICEN CIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	18/05/2020 20:49:30	CC	1006733676	PONTON PALACIOS JESICA	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	18/05/2020 20:46:40	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 19:38:44	CC	1001401438	CUELLO MAUSA BLADIMIR	VILLAVICEN CIO	NO



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 19:16:08	CC	21190935	FLOREZ GARZON GLORIA ISABEL	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/05/2020 18:28:13	CC	40404908	RAMIREZ HERNANDEZ BIANEY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 17:19:10	CC	1107054334	BOCANEGRA MOSQUERA DIEGO FERNANDO	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 16:38:33	CC	1121898940	ROJAS CORREAL MAIDA FAISULY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/05/2020 15:43:49	CC	1120502833	CAÑON REINA JESSICA MARCELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 14:43:24	CC	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/05/2020 14:37:22	CC	40392862	SABOGAL ARIAS YAMILE	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 13:48:15	CC	30937322	PENA VANEGAS NINI JOHANA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/05/2020 13:47:44	CC	1010182835	PUNTES ROMERO IVAN CAMILO	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 13:43:18	CC	19372804	SANTAMARIA RODRIGUEZ JAIRO ALFONSO	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 13:33:00	CC	1118533308	RINCON NOCUA JENNY JOHANA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 13:27:09	CC	1053776657	ARIAS ARIAS SANDRA LORENA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 13:25:48	CC	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	18/05/2020 12:37:20	CC	1234791149	BONILLA PERILLA SHARICT MARINEY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 12:34:18	CC	40185140	BAQUERO MARTINEZ RUTH MARY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 12:29:30	CC	32612567	RIVERA RAMOS YARLINES SUGHEY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 11:50:14	CC	1043000119	PATÍÑO ROMERO SANDRA CRISTINA	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	18/05/2020 11:46:32	CC	1121867640	BOCANEGRA ANDRADE JENNIFER ALEXANDRA	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/05/2020 11:33:13	CC	1123088758	GONZALEZ NOVOA BELKI NATALY	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 11:32:28	CC	1121912611	MARIN BEDOYA JEISSON ALEXANDER	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/05/2020 11:31:43	CC	1006878894	RAMOS CALDERON NUBIA	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 11:26:33	CC	1121888001	HERNANDEZ CRISTHIAN CAMILO	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 11:09:03	CC	1122123786	VILLALOBOS ACOSTA DINALUZ	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/05/2020 11:08:17	TI	1006823768	ORJUELA GALLO KENETH YULLIANT	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/05/2020 10:57:55	CC	1121838406	NAVARRO ARANGO MARIA EMILSEN	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 10:57:32	CC	1121930221	CAMACHO CORDERO YURLEY	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 10:55:37	TI	1006876280	UMAÑA PARRADO LUISA FERNANDA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 10:36:29	CC	40331099	ARANGO AMOROCHO GINNA KARINA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/05/2020 10:33:06	CC	1123403310	GUTIERREZ HERNANDEZ KAREN MELITZA	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	18/05/2020 10:17:01	CC	1121904619	BAUTISTA OSPINA ANA PATRICIA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 10:15:51	CC	35263051	CORDOBA DUSSAN JOVANNA LIZET	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/05/2020 10:11:41	CC	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	VILLAVICENCIO	NO



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/05/2020 10:03:54	CC	1121960259	CLAVIJO FERRO KAREN ESTEYSI	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 10:03:20	CC	1121891060	PIZARRO RIVAS LEIDY KATHERINE	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/05/2020 10:01:49	CC	1121960259	CLAVIJO FERRO KAREN ESTEYSI	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/05/2020 10:01:39	CC	1121960259	CLAVIJO FERRO KAREN ESTEYSI	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 09:55:58	CC	1121905645	AVILA GOMEZ SANDRA YAMILE	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/05/2020 09:52:51	CC	1121862132	GARCIA ALVAREZ MERY YADIRA	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	18/05/2020 09:46:54	CC	1119894087	MORA FRANCO MORELIA JINETH	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/05/2020 09:43:02	CC	1121880489	GUTIERREZ SIERRA JENNY SHIRLEY	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/05/2020 09:41:00	CC	1121950663	ACUNA VILLADIEGO ADRIANA MARCELA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/05/2020 09:21:12	CC	1121829774	GOMEZ LEON DARWIN MIGUEL	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 09:19:36	CC	1121837556	CASTRO QUEVEDO EDY YOHANA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 08:50:41	CC	40448789	MURILLO HERRERA MARIA OLINDA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 08:50:41	CC	40448789	MURILLO HERRERA MARIA OLINDA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 08:50:04	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 08:34:04	CC	40446687	GUERRERO OBANDO NUZ ESPERANZA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 08:05:18	CC	1122120131	PIRABAN PEREZ NOHORA	VILLAVICENCIO	NO



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 08:01:54	CC	52776902	ROMERO BERNAL HAIWY	VILLAVICEN CIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/05/2020 07:47:21	CC	1121916803	FALLA MUNEVAR SEBASTIAN	VILLAVICEN CIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/05/2020 07:47:21	CC	1121916803	FALLA MUNEVAR SEBASTIAN	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 07:47:01	CC	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 07:37:54	CC	1120364043	SANCHEZ ALBA DIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 07:23:25	CC	12565313	MEJIA CASTRO JOSE ROBERTO	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 06:10:50	CC	40250253	LOPEZ TREJOS MARIELA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/05/2020 06:09:05	CC	20546130	REINA REINA ANA BEATRIZ	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/05/2020 22:00:11	CC	1001401438	CUELLO MAUSA BLADIMIR	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/05/2020 20:51:39	CC	40329336	ORTIZ YENI CAROLINA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/05/2020 20:34:08	CC	1107054334	BOCANEGRA MOSQUERA DIEGO FERNANDO	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/05/2020 19:55:01	CC	1121880489	GUTIERREZ SIERRA JENNY SHIRLEY	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/05/2020 19:54:14	CC	21190935	FLOREZ GARZON GLORIA ISABEL	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/05/2020 19:53:24	CC	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/05/2020 18:53:34	CC	1121937692	MARROQUIN INFANTE JENIFER	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	17/05/2020 18:43:21	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/05/2020 18:42:16	CC	40404908	RAMIREZ HERNANDEZ BIANEY	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/05/2020 18:11:15	CC	1014278902	MATEUS GARZON MARIA FERNANDA	VILLAVICEN CIO	NO



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/05/2020 18:08:24	CC	1121950663	ACUNA VILLADIEGO ADRIANA MARCELA	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	17/05/2020 18:08:02	CC	1121867640	BOCANEGRA ANDRADE JENNIFER ALEXANDRA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/05/2020 17:41:57	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/05/2020 16:52:25	CC	1006878894	RAMOS CALDERON NUBIA	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	17/05/2020 16:39:37	CC	1121905645	AVILA GOMEZ SANDRA YAMILE	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/05/2020 14:57:51	CC	1121837556	CASTRO QUEVEDO EDY YOHANA	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/05/2020 13:06:09	CC	1123403310	GUTIERREZ HERNANDEZ KAREN MELITZA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/05/2020 09:44:00	CC	35262590	CARVAJAL MORENO BLANCA LI	VILLAVICENCIO	SI
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/05/2020 09:18:34	CC	1121960259	CLAVIJO FERRO KAREN ESTEYSI	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	17/05/2020 09:03:01	CC	1121904619	BAUTISTA OSPINA ANA PATRICIA	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/05/2020 08:11:46	CC	1121891060	PIZARRO RIVAS LEIDY KATHERINE	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/05/2020 07:28:04	CC	1123088758	GONZALEZ NOVOA BELKI NATALY	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	17/05/2020 06:55:44	CC	41242448	RAMIREZ CASTAÑEDA CLAUDIA YANNETH	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 23:21:14	CC	1001401438	CUELLO MAUSA BLADIMIR	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/05/2020 22:55:19	CC	40404908	RAMIREZ HERNANDEZ BIANEY	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 22:46:47	CC	1121837556	CASTRO QUEVEDO EDY YOHANA	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/05/2020 21:53:26	CC	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	VILLAVICENCIO	NO



CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	16/05/2020 18:35:10	CC	40397178	BOTIA HERNANDEZ ZULMA YOMARA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 18:33:21	CC	1193142908	GUERRA LOPEZ JENNIFER DAYANA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	16/05/2020 18:33:07	CC	41242448	RAMIREZ CASTAÑEDA CLAUDIA YANNETH	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 18:32:51	CC	21190935	FLOREZ GARZON GLORIA ISABEL	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 18:23:57	CC	1122123786	VILLALOBOS ACOSTA DINA LUZ	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 15:35:11	CC	1121891060	PIZARRO RIVAS LEIDY KATHERINE	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	16/05/2020 14:35:07	CC	1121867640	BOCANEGRA ANDRADE JENNIFER ALEXANDRA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	16/05/2020 13:37:49	CC	1119888832	CUESTA LEGUIZAMON YUDI MARCELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 13:37:35	CC	40039701	SOLER CABALLERO MARTA LUCIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/05/2020 13:22:39	CC	1121912611	MARIN BEDOYA JEISSON ALEXANDER	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/05/2020 13:05:11	CC	1121880489	GUTIERREZ SIERRA JENNY SHIRLEY	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/05/2020 13:05:10	CC	40250253	LOPEZ TREJOS MARIELA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	16/05/2020 13:02:07	CC	1121905645	AVILA GOMEZ SANDRA YAMILE	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/05/2020 13:00:09	CC	20546130	REINA REINA ANA BEATRIZ	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 11:55:40	CC	40329336	ORTIZ YENI CAROLINA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	16/05/2020 10:44:16	CC	1006733676	PONTON PALACIOS JESICA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	16/05/2020 10:42:16	CC	1121914029	VELASQUEZ LOPEZ ROSELL NATALIA	VILLAVICEN CIO	<b>NO</b>



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/05/2020 10:01:07	CC	40392862	SABOGAL ARIAS YAMILE	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/05/2020 10:00:37	CC	40325398	LARRANAGA DIAZ ANGELICA MARIA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 09:55:34	CC	40398099	GARZON RODRIGUEZ CLAUDIA ESPERANZA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 09:53:31	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 09:47:37	CC	35262590	CARVAJAL MORENO BLANCA LI	VILLAVICEN CIO	SI
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/05/2020 09:47:11	CC	1014278902	MATEUS GARZON MARIA FERNANDA	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/05/2020 09:43:51	TI	1006823768	ORJUELA GALLO KENETH YULLIANT	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/05/2020 09:41:02	CC	1107054334	BOCANEGRA MOSQUERA DIEGO FERNANDO	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	16/05/2020 09:14:37	CC	1121904619	BAUTISTA OSPINA ANA PATRICIA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 09:14:22	CC	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	VILLAVICEN CIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/05/2020 09:03:05	CC	1121937692	MARROQUIN INFANTE JENIFER	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/05/2020 08:57:22	CC	1006878894	RAMOS CALDERON NUBIA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/05/2020 08:56:55	CC	1121853253	REINA WALTEROS MIGUEL ANGEL	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/05/2020 08:43:32	CC	1121859254	GALINDO PARGA PAOLA ANDREA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/05/2020 08:43:19	CC	1121846960	TELLEZ CABALLERO GRECIA YAJAYRA	VILLAVICEN CIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/05/2020 08:28:04	CC	40446687	GUERRERO OBANDO NUZ ESPERANZA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	16/05/2020 08:26:57	CC	40389814	LINARES CARDENAS OLGA	VILLAVICEN CIO	NO



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/05/2020 08:20:32	CC	1121950663	ACUNA VILLADIEGO ADRIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/05/2020 08:17:59	CC	1121829774	GOMEZ LEON DARWIN MIGUEL	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 08:17:23	CC	1120364043	SANCHEZ ALBA DIANA MARCELA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 08:01:37	CC	1121898957	ROA FORERO AURA MILENA	VILLAVICEN CIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 07:39:08	CC	1122120131	PIRABAN PEREZ NOHORA ALEJANDRA	VILLAVICEN CIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	15/05/2020 23:24:15	CC	1119894087	MORA FRANCO MORELIA JINETH	VILLAVICEN CIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/05/2020 21:08:53	CC	1121862132	GARCIA ALVAREZ MERY YADIRA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	15/05/2020 20:39:59	CC	1119888832	CUESTA LEGUIZAMON YUDI MARCELA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	15/05/2020 20:22:47	CC	40448789	MURILLO HERRERA MARIA OLINDA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/05/2020 20:19:59	CC	40329336	ORTIZ YENI CAROLINA	VILLAVICEN CIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/05/2020 20:17:44	CC	86064317	ALFONSO DUQUE EDWIN	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	15/05/2020 20:08:24	CC	39537576	REY BOLAÑOS SANDRA PATRICIA	VILLAVICEN CIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/05/2020 20:00:21	CC	1121926326	TULIBILA CARRASCAL DEISY PAOLA	VILLAVICEN CIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/05/2020 18:14:39	CC	1121926625	MELO GONZALEZ KAREN EMILIA	VILLAVICEN CIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	15/05/2020 12:22:33	CC	1118533308	RINCON NOCUA JENNY JOHANA	VILLAVICEN CIO	NO

www.jersalud.com



6.4.2.2 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Granada

		INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA					
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	Apellidos y nombres	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJA	SOSPECHOSO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/05/2020 08:16:16	CC	40449526	SANTOS RODRIGUEZ ANDREA	GRANADA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	28/05/2020 08:04:42	CC	40446687	GUERRERO OBANDO LUZ ESPERANZA	GRANADA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 11:56:40	CC	1120364043	SANCHEZ ALBA DIANA MARCELA	GRANADA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 11:30:43	CC	40446687	GUERRERO OBANDO LUZ ESPERANZA	GRANADA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 10:41:42	CC	1120498277	BARON QUINTERO DIEGO ANDRES	GRANADA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 10:06:46	CC	40448789	MURILLO HERRERA MARIA OLINDA	GRANADA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 17:56:40	CC	40448789	MURILLO HERRERA MARIA OLINDA	GRANADA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 12:21:47	CC	40449526	SANTOS RODRIGUEZ ANDREA	GRANADA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 10:33:21	CC	40446687	GUERRERO OBANDO LUZ ESPERANZA	GRANADA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	26/05/2020 08:46:45	CC	79958924	CLAVIJO VILLALBA JORGE ENRIQUE	GRANADA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/05/2020 09:35:41	CC	79958924	CLAVIJO VILLALBA JORGE ENRIQUE	GRANADA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:25:56	CC	79958924	CLAVIJO VILLALBA JORGE ENRIQUE	GRANADA	NO



6.4.2.3 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Acacias

Jersalud S.A.S.		INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA					
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	Apellidos y nombres	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJO	SOSPECHOSO
FAMISANA R.E.P.S.	JERSALUD SAS	28/05/2020 08:53:21	CC	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 12:07:07	CC	52045168	MENDIETA CONTRERAS IMNA YASMITHY	ACACIAS	NO
FAMISANA R.E.P.S.	JERSALUD SAS	27/05/2020 08:35:29	CC	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:54:42	CC	52776902	ROMERO BERNAL HADIVY	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:53:43	CC	1122120131	PIRABAN PEREZ NOHORA ALEJANDRA	ACACIAS	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:50:59	CC	1122130462	TORO PINEDA YEIMI YADIRA	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:48:47	CC	1019071171	REY RODRIGUEZ ADRIANA LORENA	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 15:13:33	CC	1019071171	REY RODRIGUEZ ADRIANA LORENA	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 14:23:49	CC	52776902	ROMERO BERNAL HADIVY	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 12:21:49	CC	1122120131	PIRABAN PEREZ NOHORA ALEJANDRA	ACACIAS	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 12:20:55	CC	1122130462	TORO PINEDA YEIMI YADIRA	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	26/05/2020 12:10:36	CC	52045168	MENDIETA CONTRERAS IMNA YASMITHY	ACACIAS	NO
FAMISANA R.E.P.S.	JERSALUD SAS	26/05/2020 08:14:35	CC	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	ACACIAS	NO



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 09:57:28	CC	112213046 2	TORO PINEDA YEIMI YADIRA	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/05/2020 11:56:18	CC	52045168	MENIETA CONTRERAS IMNA YASMITHY	ACACIAS	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 08:40:46	CC	112213046 2	TORO PINEDA YEIMI YADIRA	ACACIAS	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 10:01:31	CC	112213046 2	TORO PINEDA YEIMI YADIRA	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:15:39	CC	52045168	MENIETA CONTRERAS IMNA YASMITHY	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/05/2020 12:15:44	CC	52045168	MENIETA CONTRERAS IMNA YASMITHY	ACACIAS	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 07:33:41	CC	112213046 2	TORO PINEDA YEIMI YADIRA	ACACIAS	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 13:31:10	CC	112213046 2	TORO PINEDA YEIMI YADIRA	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/05/2020 07:32:47	CC	52045168	MENIETA CONTRERAS IMNA YASMITHY	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/05/2020 11:03:24	CC	52045168	MENIETA CONTRERAS IMNA YASMITHY	ACACIAS	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/05/2020 08:03:42	CC	112213046 2	TORO PINEDA YEIMI YADIRA	ACACIAS	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/05/2020 17:58:30	CC	112213046 2	TORO PINEDA YEIMI YADIRA	ACACIAS	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/05/2020 09:56:33	CC	52045168	MENIETA CONTRERAS IMNA YASMITHY	ACACIAS	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/05/2020 07:37:37	CC	112213046 2	TORO PINEDA YEIMI YADIRA	ACACIAS	NO



**6.4.2.4 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Puerto Gaitán**

		<b>INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA</b>					
<b>NOMBRE EPS</b>	<b>NOMBRE EMPRESA</b>	<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO</b>	<b>TD TRABAJADOR</b>	<b>ID TRABAJADOR</b>	<b>Apellidos y nombres</b>	<b>NOMBRE MUNICIPIO O TRABAJA</b>	<b>SOSPECHOSO</b>
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	28/05/2020 10:41:44	CC	1045688991	RODRIGUEZ ESCOBAR MARTHA	PUERTO GAITÁN	NO
FAMISANA R.E.P.S.	JERSALUD SAS	28/05/2020 08:48:14	CC	43920473	ROJAS GOMEZ MIRIAM LILIANA	PUERTO GAITÁN	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	28/05/2020 08:46:40	CC	1043000119	PATIÑO ROMERO SANDRA CRISTINA	PUERTO GAITÁN	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 09:21:32	CC	1043000119	PATIÑO ROMERO SANDRA CRISTINA	PUERTO GAITÁN	NO
FAMISANA R.E.P.S.	JERSALUD SAS	27/05/2020 09:19:16	CC	43920473	ROJAS GOMEZ MIRIAM LILIANA	PUERTO GAITÁN	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019333  
 Línea Correo Nacional: 01800019333



**6.4.2.5 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Puerto López**

		<b>INFORME REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID 19 PLATAFORMA ALISSTA</b>					
<b>NOMBRE EPS</b>	<b>NOMBRE EMPRESA</b>	<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO</b>	<b>TD TRABAJADOR</b>	<b>ID TRABAJADOR</b>	<b>Apellidos y nombres</b>	<b>NOMBRE MUNICIPIO TRABAJO</b>	<b>SOSPECHOSO</b>
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 14:29:50	CC	1121925239	ZAMBRANO ORDOÑEZ ANA MARGARITA	PUERTO LOPEZ	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/05/2020 07:27:23	CC	12565313	MEJIA CASTRO JOSE ROBERTO	PUERTO LOPEZ	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	26/05/2020 09:37:39	CC	1121925239	ZAMBRANO ORDOÑEZ ANA MARGARITA	PUERTO LOPEZ	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/05/2020 08:09:55	CC	1121925239	ZAMBRANO ORDOÑEZ ANA MARGARITA	PUERTO LOPEZ	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/05/2020 07:57:48	CC	1121925239	ZAMBRANO ORDOÑEZ ANA MARGARITA	PUERTO LOPEZ	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/05/2020 07:21:42	CC	1121925239	ZAMBRANO ORDOÑEZ ANA MARGARITA	PUERTO LOPEZ	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	20/05/2020 09:25:17	CC	1121925239	ZAMBRANO ORDOÑEZ ANA MARGARITA	PUERTO LOPEZ	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/05/2020 08:01:05	CC	1121925239	ZAMBRANO ORDOÑEZ ANA MARGARITA	PUERTO LOPEZ	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/05/2020 10:34:56	CC	1121925239	ZAMBRANO ORDOÑEZ ANA MARGARITA	PUERTO LOPEZ	NO



### 6.4.3 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA regional Casanare

#### 6.4.3.1 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA sede Yopal

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SOSPECHOSO
29/05/2020 13:57:23	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		NO
29/05/2020 13:05:55	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	NO
29/05/2020 11:42:29	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	NO
29/05/2020 09:51:24	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	NO
29/05/2020 08:30:07	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	NO
29/05/2020 07:51:18	CC	1049626113	FONSECA	LEON	SOLEIDY	PAOLA	NO
29/05/2020 07:12:38	CC	1010201040	RUIZ	TORRES	KELLY	VANESSA	NO
28/05/2020 17:30:43	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	NO
28/05/2020 16:20:50	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	NO
28/05/2020 12:43:31	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	NO
28/05/2020 11:52:39	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	NO
28/05/2020 10:00:09	CC	1049626113	FONSECA	LEON	SOLEIDY	PAOLA	NO
28/05/2020 09:46:19	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	NO
28/05/2020 09:20:42	CC	1118574733	SOCHA	BARRETO	YORZ	JAKSON	NO
28/05/2020 09:15:22	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	NO
28/05/2020 08:01:24	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	NO
27/05/2020 15:56:34	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		NO
27/05/2020 12:47:30	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	NO
27/05/2020 12:46:56	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	NO
27/05/2020 08:04:50	CC	1118574733	SOCHA	BARRETO	YORZ	JAKSON	NO
27/05/2020 08:04:47	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	NO
27/05/2020 07:48:27	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	NO
27/05/2020 07:47:33	CC	1010201040	RUIZ	TORRES	KELLY	VANESSA	NO
27/05/2020 07:35:47	CC	1049626113	FONSECA	LEON	SOLEIDY	PAOLA	NO
26/05/2020 19:17:16	CC	1121930221	CAMACHO	CORDERO	YURLEY		NO
26/05/2020 16:35:59	CC	1049626113	FONSECA	LEON	SOLEIDY	PAOLA	NO



26/05/2020 14:22:00	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	NO
26/05/2020 13:41:41	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		NO
26/05/2020 13:22:41	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	NO
26/05/2020 11:51:11	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	NO
26/05/2020 11:30:29	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	NO
26/05/2020 11:10:57	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	NO
26/05/2020 10:35:41	CC	1010201040	RUIZ	TORRES	KELLY	VANESSA	NO

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

### 6.1 Inventario EPP

#### 6.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A MAYO 28 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	100	13	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	150	TALLA M 150	35	20	6
2	JERSALUD SAS - SOGAMOSO	100	19	3 MONOGAFAS - 3 CARETAS	130	TALLA M - 200	25	20	5
3	JERSALUD SAS - TUNJA	200	13	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	130	TALLA M - 500	50	40	7
4	JERSALUD SAS - CHIQUINQUIRA	100	13	3- MONOGAFAS - 3 CARETAS	80	TALLA M 700	26	20	3
5	JERSALUD SAS - MONIQUIRÁ	80	10	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	80	TALLA S - 130	20	20	2
6	JERSALUD SAS - GARAGOA	60	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	60	TALLA M 130	22	20	2
7	JERSALUD SAS - GUATEQUE	40	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	60	TALLA M 150	30	20	2
8	JERSALUD SAS - SOATA	100	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	80	TALLA S - 120	35	20	2
9	JERSALUD SAS - ALMACEN	400	72	0	120	TALLA S = 700 - TALLA M=600	60	100	10

#### 6.1.2 Inventario EPP Regional Meta

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A ABRIL 15 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS	N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19	



		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS - VILLAVICENCIO	9900	13	5	165	190 TALLA M – 189 TALLA S	80	200	18
2	JERSALUD SAS - PUERTO GAITAN	25	10	3	35	35 TALLA M	25	50	2
3	JERSALUD SAS - PUERTO LOPEZ	45	10	3	45	40 TALLA M	35	50	2
4	JERSALUD SAS - GRANADA	80	14	7	55	87 TALLA M	50	60	3
5	JERSALUD SAS - ACACIAS	80	13	5	55	86 TALLA M	50	60	3

### 6.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A ABRIL 15 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS – YOPAL	300	21	2	179	25 CAJAS TALLA M	77	39 PARES	5

## 7.2 Proyección adquisición EPP

### 7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá



ASISTENTE ADMINISTRATIVO <asistentea.jersalud@gmail.com>

#### SOLICITUD DE COTIZACIÓN

analista1.neiva@farmaquirurgicosjm.co <analista1.neiva@farmaquirurgicosjm.co>  
Para: "analista1.neiva@farmaquirurgicosjm.co" <analista1.neiva@farmaquirurgicosjm.co>  
Cc: ASISTENTE ADMINISTRATIVO <asistentea.jersalud@gmail.com>

Buen Día

Atendiendo sus observaciones remito nuevamente cotización.

CODIGO	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD EN UNIDADES	CANTIDAD POR PRESENTACIÓN	FACTOR DE EMPAQUE	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL		
	TIRA DE GLUCOMETRO CARE SENS-11 VOICE	UNIDAD	2000	40	50	58.950	2.358.000	NORS	
300101918	QUIRUGER - LITRO	UNIDAD	8	8	1	19.500	156.000	QUIRL	
300102473	ALCOHOL - GALON	UNIDAD	3	3	1	28.350	85.050	QUIRL	
300120152	GUANTES LATEX TALLA S	UNIDAD	1800	18	100	15.000	270.000	NIIPRC	
300120153	GUANTES LATEX TALLA M	UNIDAD	2700	27	100	15.000	405.000	NIIPRC	
300106891	ENZYGER - LITRO	UNIDAD	8	8	1	73.000	584.000	QUIRL	
300101918	QUIRUGER - GALON	UNIDAD	8	8	1	49.000	392.000	QUIRL	
300106891	ENZYGER - GALON	UNIDAD	8	8	1	173.000	1.384.000	QUIRL	
19945396-13	ASEPTIDINA (PROASEPTIS) BOLSA X 2000 ML PARA DISPENSADOR	UNIDAD	25	26	1	32.000	832.000	CMC	
300104670	ASEPTIGEL (PROASEPTIS) BOLSA X 2000 ML PARA DISPENSADOR	UNIDAD	25	26	1	21.250	552.500	CMC	
<b>TOTAL</b>									

Quedo atento a sus comentarios.

Cordialmente,

**MANUEL GONZÁLEZ GALINDO**  
Analista de Compras  
Dirección: Carrera 49 N° 95-54 La Castellana  
Bogotá Colombia  
Celular: 3165649831



www.jersalud.com



7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta

INSUMOS MEDICOS	PRESENTACION	CANTIDAD
AGUJA HIPODERMICA 23G X1/2 PEDIATRICA	CAJA	1
ALCOHOL	UNIDAD X 700ML	20
APLICADORES DE MADERA CON ALGODÓN UNIDADES	PAQUETE/SOBRE X 100 UNIDADES	500
BATAS PACIENTE UNIDADES MANGA LARGA	UNIDAD X10 UNIDADES	59
CIDEX OPA (GALÓN)	GALON	2
ESPECULOS CON KIT TALLA M	UNIDAD	10
ESPECULOS CON KIT TALLA S	UNIDAD	10
GUANTES L (CAJA)	CAJA	3
GUARDIANES 1,3 LTS	PAQUETE/SOBRE	10
GUARDIANES 2,9 LTS	UNIDAD	10
JERINGA 10 ML (CAJA)	CAJA	1
TAPABOCAS (CAJA*50)	CAJA	60
TAPABOCAS DE ALTA EFICIENCIA N95	UNIDAD	70
MONO GAFAS	UNIDAD	30
CARETAS	UNIDAD	30
GLUTARALDEHIDO	GALON	1
GORROS	BOLSA/100U	1
TIRAS GLUCOQUICK	CAJA/50U	10

VILLAVICENCIO MAGISTERIO  
 KR 40 N 39 C 23 MAIZARO  
 ENCARGADO: COORDINADORA

Soledad Linares Cardenas 30/04/2020  
 Enfermera Especialización Admón.  
 en Salud P. n. 50-0140197 Y  
 Salud Ocupacional Res. 0056/2010

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800019333



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

Evidencia solicitud por parte asesor ARL Positiva a gerencia de ARL para seguimiento entrega de EPP



VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

**JERSALUD SAS**

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

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

Teléfono: 3125284435

TUNJA- BOYACA

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

Respetados Señores:

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

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

KIT	CANTIDAD
Guantes NO estériles	1000
Gel	100

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

Es de resaltar el llamado que nos hace el Gobierno Nacional en la circular 029, en cuanto a la responsabilidad de los empleadores frente al cuidado de la salud de los trabajadores, aclarando, que el apoyo brindado por las Administradoras de Riesgos Laborales es una medida contingente y no los exime de la responsabilidad de proporcionar los elementos de protección personal y realizar





actividades en seguridad y salud en el trabajo de conformidad con la legislación vigente, entre ellas Decreto 1072 de 2015 y el Artículo 176 de la Resolución 2400 de 1979 .

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

Por su amable atención, gracias.

Cordialmente,



**JORGE MAURICIO CONTRERAS**

**Gerente de Administración del Riesgo**

Anexo: Fichas Técnicas de EPP (17 fólios)  
Elaboro: Andrea Gonzalez  
Reviso: Jorge Mauricio Contreras  
Forma de envío: Correo certificado





VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

**JERSALUD SAS**

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

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

Teléfono: 3125284435

BOGOTA D.C.

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

Respetados Señores:

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

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

KIT	CANTIDAD
MASCARILLA QUIRURGICA	1000

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

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

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,  
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaColombia



El emprendimiento  
es de todos

Minhacienda

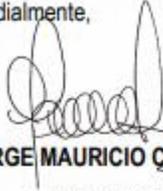




Agradecemos la atención prestada y nos ponemos a su disposición, para continuar sumando esfuerzos en la promoción y prevención de la salud de nuestros trabajadores afiliados.

Por su amable atención, gracias.

Cordialmente,



**JORGE MAURICIO CONTRERAS**

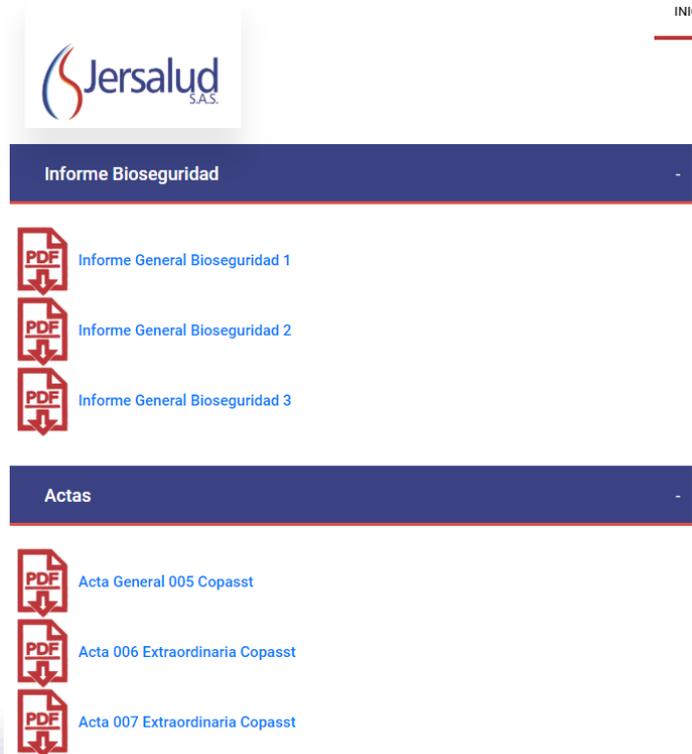
**Gerente de Administración del Riesgo**

Anexo: Fichas Técnicas de EPP (17 fóllos)  
Elaboro: Andrea Gonzalez  
Reviso: Jorge Mauricio Contreras  
Forma de envío: Correo certificado



## 9. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

### 8.1 Evidencia publicación informe Bioseguridad en página Web



INIC

Jersalud S.A.S.

**Informe Bioseguridad**

-  Informe General Bioseguridad 1
-  Informe General Bioseguridad 2
-  Informe General Bioseguridad 3

**Actas**

-  Acta General 005 Copasst
-  Acta 006 Extraordinaria Copasst
-  Acta 007 Extraordinaria Copasst

### 8.2 Link de ingreso publicación informe Bioseguridad en pagina web Jersalud S.A.S

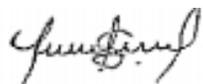
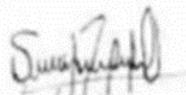
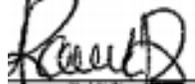
<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<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>



**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	

