

INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 4 DE SEPTIEMBRE

**Del 21 al 25 de
Septiembre 2020**

1. REUNION COPASST SEMANA 4 SEPTIEMBRE DEL 21 DE AL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2020

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

1.2 Evidencia Acta 025 de Septiembre 2020 Semana 4

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

ACTA N° 025 DE 2020 REUNION EXTRAORDINARIA					
DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN					
COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL: COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST					
LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE					
FECHA:	DD	MM	AA	HORA INICIO	HORA FINALIZACION
	24	09	2020	09:05 A.M.	09:38A.M
MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

AGENDA DEL DÍA					
1. Verificación de Quorum 2. Lectura del acta anterior. 3. Seguimiento a compromisos 4. Desarrollo de la Reunión. 5. Compromisos 6. Puntos a considerar en futuras reuniones					

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



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

Ysella González Cuevas – Asistente SST, TH y administrativa Casanare

1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)

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

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

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

2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR

La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #024 de Septiembre de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.

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

COMPROMISOS

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



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

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

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

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

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

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

SI

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

SI

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

SI



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

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

SI

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

SI

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

SI

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

SI

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

ITEM	DESCRIPCIÓN	VERIFICADO POR EL COPASST		EVIDENCIA QUE SE DEBE ENVIAR	CALIFICA DE 1 A 100 SEGUN CORRESPONDENCIA	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
		SI	NO				
1	¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo al número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 4 Septiembre 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
2	¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		Facturas y órdenes de compra y fichas técnicas de los EPP adquiridos	100	100%	Integrado en el informe semana 4 Septiembre 2020 Numeral 3 (3.1,3,2)



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

3	¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X	Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 4 Septiembre 2020 Numeral 2 (2.1, 2,2, 2,3)
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X	Soporte de entrega de EPP debidamente firmados (de acuerdo a lo establecido en la matriz de EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega)	100	100%	Integrado en informe semana 4 Septiembre 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
5	¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X	Base de trabajadores con registro de cantidad entregada y frecuencia de entrega de los EPP a cada trabajador	100	100%	Integrado en informe semana 4 Septiembre 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X	Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir (saldo que viene, adquisición, suministro semanal, Suministrados por ARL, saldo de la semana y proyección)	100	100%	Integrado en el informe semana 4 Septiembre 2020 Numeral 7 (7.1,7,2)
7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	X	Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	100	100%	Integrado en el informe semana 4 Septiembre 2020 Numeral 8
8	Se plantean medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X	Acta de Copasst semanal (quien, como, cuando y verificación cumplimiento)	100	100%	Evidencia Acta de reunión 025 Numeral 4.4



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

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

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

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

4.5 Se da a conocer a los miembros del COPASST Comité Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo que ya hay existencia de orden de compra para ejecutar la batería de riesgo psicosocial, teniendo como proveedor asignado a PJ Torres quienes ya enviaron archivo base en el cual se requieren los datos personales de los colaboradores y la programación del día que se va a realizar la actividad con cada funcionario.

4.6 Se realiza socialización de correo emitido por funcionaria de Ministerio de Trabajo Regional Casanare donde se especifica que se debe tener en cuenta:

1. Porcentaje de cumplimiento mayor al 90%
2. No tener reportes positivos de COVID-19 de acuerdo con el Decreto 676 de 19/05/2020 y el artículo 2.2.4.1.1 del Decreto 1072 de 2020
3. Mejorar el porcentaje de calificación y/o mantenerlo
4. Que no se tengan quejas y/o averiguaciones preliminares por presuntos incumplimientos



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

5. Publicación de los respectivos informes
6. Tener inventario necesario para el mes.
7. Acompañamiento de la ARL y Ministerio (Agendar previamente las reuniones), no se observa el acercamiento con la ARL ni acompañamiento

4.7 Por parte de Asesor ARL Positiva Diana Daza se manifiesta que la administradora de riesgos laborales Positiva otorgo a Jersalud S.A.S 70 horas adicionales para plan de trabajo en cuanto a seguridad y salud en el trabajo, adicionalmente se va a realizar envío de una nueva entrega de elementos de protección personal EPP, en la cual se entregará guantes quirúrgicos, mascarillas desechables y gel anti bacterial personal.

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

NOMBRE DEL COLABORADOR	TIPO DE CASO	REGIONAL	OBSERVACIÓN
Deisy Yamile Vargas Barrera	Sospechoso	Boyacá	Caso presunto sospechoso debido a contacto estrecho con compañera de trabajo contratista Positivo confirmado de COVID-19. Se encuentra en aislamiento preventivo a espera de toma de muestra
Jorge Enrique Clavijo	Positivo	Acacias	Funcionario que manifiesta tener sintomatología, se genera aislamiento por 14 días.
July Carolina Rojas Herrera	Positivo	Villavicencio	Funcionario que manifiesta tener sintomatología, se genera aislamiento por 14 días.

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

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



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

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

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA



PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		


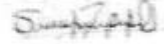
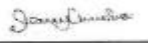


1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Septiembre Semana 4
1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL




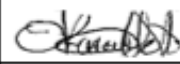
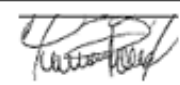


INFORMACIÓN DE GENERAL				
TIPO DE REUNIÓN: Comité				
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 025 de 2020				
FECHA: 24/09/2020		HORA DE INICIO: 09:05 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:38a.m
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá				
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:
	Karen Emilia Melo			
				
				

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

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



1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare

		FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA			F(GI)012 Versión: 1 oct-18 1 DE 1
SEDE:		JERSALUD NACIONAL			
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 025 de 2020					
FECHA: 24/09/2020		HORA DE INICIO: 09:05 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:38a.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	PARTICIPO POR EL APLICATIVO TEAMS
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

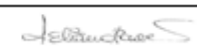


1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva


	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 025 de 2020		
FECHA: 24/09/2020	HORA DE INICIO: 09:05 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:48a.m
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional		
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa	FIRMA: 
	Karen Emilia Melo	

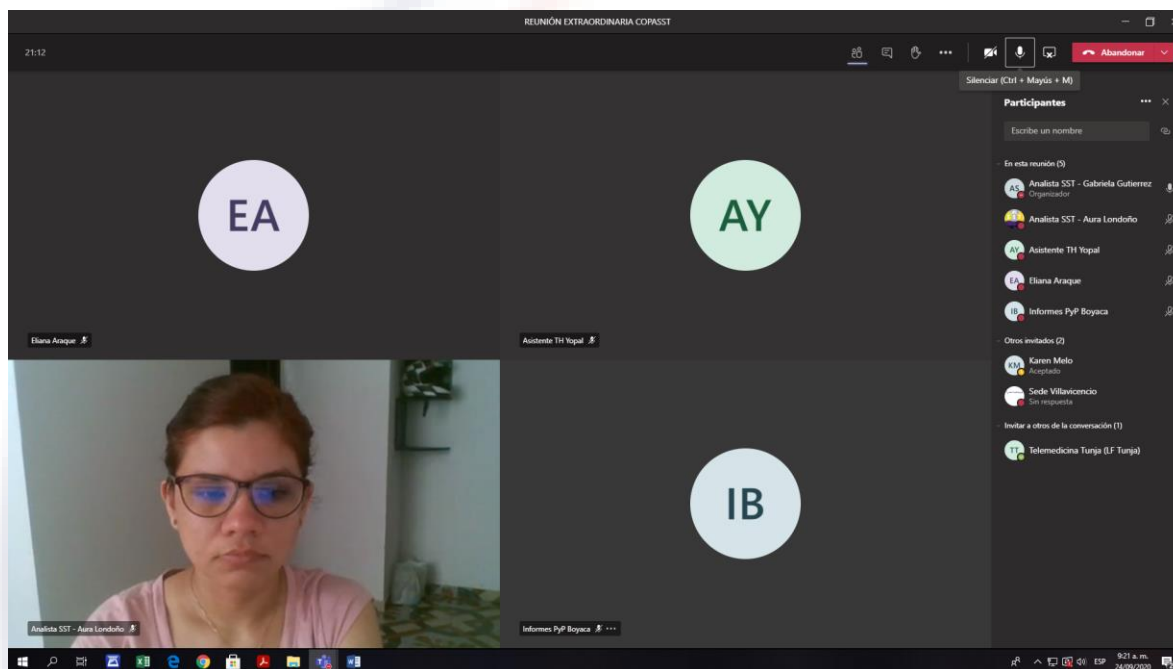
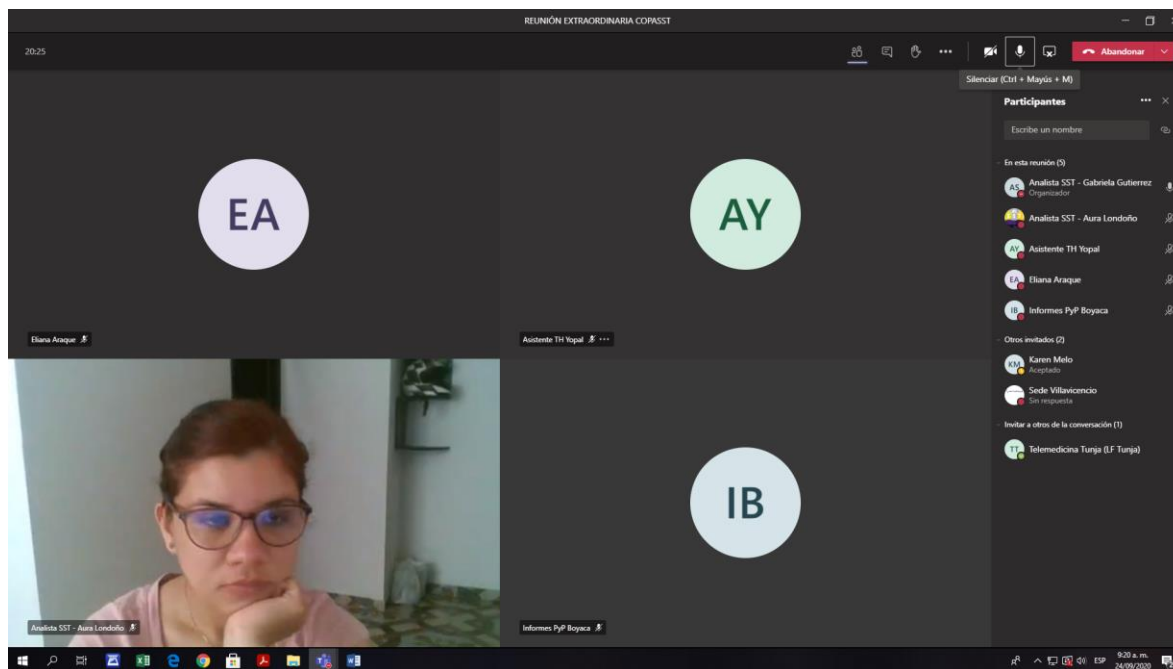
REGISTRO

Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	52331638	Diana Vivian Daza	Ejecutivo integral de servicio	ARL Positiva	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 0180001910333



1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST



2. IDENTIFICACION ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COVID -19

2.1 Base de datos personal de colaboradores Regional Boyacá

BASE DE DATOS REGIONAL BOYACA							
No .	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	NIVEL DE EXPOSICIÓN A COVID-19	OBSERVACIONES
1	1052410687	EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
2	1052403488	ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
3	24219746	SONIA YANETH RUIZ GARCIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
4	23284976	SANDRA SOFIA MOZO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
5	46672546	SANDRA BEATRIZ MALAVER AVENDAÑO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
6	46455020	MILENA ANDREA QUINTERO TORRES	JEFE DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
7	46681354	SORAIDA EDITH BRIJALDO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	INCAPACITADA
8	46458143	HIDALY TRIANA TRIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
9	1053608206	DIANA MARCELA CERCADO AVELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
10	46456242	DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
11	1053340626	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
12	1053348812	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
13	1053348179	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
14	1002526470	YENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
15	23810177	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
16	46370222	MARIA CONSTANZA BENAVIDES PENAGOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
17	33676330	FANNY MARLENY CAICEDO AVILA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
18	1014188587	YULY MARCELA MUÑOZ ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
19	53081059	DEISY JEANNETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
20	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
21	23552508	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
22	24080048	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	

www.jersalud.com



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

23	1049625040	MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
24	1075266835	LINA MARIA VALENCIA MONTENEGRO	INGENIERA DE PROCESOS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
25	1019014458	BIBIANA GOMEZ ALFONSO	AUXILIAR CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
26	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
27	1022935321	FRANCELINA JUNCO CASTELBLANCO	ANALISTA CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
28	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
29	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
30	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
31	1051212157	JOSE ARMANDO FUQUEN RIOS	ANALISTA ACTIVOS FIJOS	BOGOTÁ	DIRECTA	DIRECTA	
32	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
33	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
34	52963532	MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
35	46672428	LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
36	1049616557	MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
37	40038562	MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
38	72205029	JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
39	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
40	46378245	SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
41	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
42	33367367	GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
43	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
44	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
45	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
46	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
47	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
48	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
49	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	



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

50	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
51	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
52	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUARAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
53	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
54	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
55	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
56	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
57	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
58	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
59	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
60	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERÍA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
61	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
62	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
63	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
64	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
65	1049799152	NIYIRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
66	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
67	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
68	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
69	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
70	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
71	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
72	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
73	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
74	1057585417	DEISY YAMILE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
75	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
76	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	



77	93409150	URIEL CRUZ VEGA	VICEPRESIDENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
78	52354872	JANNETH ANDREA BARRETO DOMINGUEZ	ANALISTA DE TESORERIA	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
79	16187457	ALBERTO MORA BAHOS	DIRECTOR DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES-TIC	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
80	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
81	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
82	1075255284	ANDRES FELIPE HERNANDEZ HURTADO	ANALISTA JURIDICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
83	7726108	JUAN MANUEL MONTOYA HERNANDEZ	PRESIDENTE	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
84	1052020668	DEISY LILIANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
85	1049634115	JENIFFER MATEUS LOPEZ	TRABAJADOR SOCIAL	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TELECONSULTA
86	1002461363	DIANA SOFIA CHAPARRO CHAPARRO	APRENDIZ SENA TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	DUITAMA	DIRECTA	INTERMEDIO	
87	33377254	DIANA YANIRA IBAÑEZ DIAZ	APRENDIZ SENA TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
88	1002340134	DANIELA SUAREZ RUANO	APRENDIZ SENA TECNOLOGO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
89	86050606	JHELVER ALEXANDER HERRERA LOZADA	MEDICO GENERAL	DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
90	1056930698	FABIO ANDRES PARADA ACUÑA	ANALISTA DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
91	1118568585	KAREN LISETH GROSSO HERNANDEZ	APRENDIZ SENA EN ANALISIS Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	FECHA INGRESO 23 SEPT
92	1049651662	DIANA CAROLINA APONTE REYES	APRENDIZ SENA EN TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	FECHA INGRESO 23 SEPT
93	40430979	CLAUDIA MILENA PARRA SUAREZ	ANALISTA CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
94	1030614442	ANDRES LIBARDO JAIME ROJAS	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	FECHA INGRESO 23 SEPT
96	46366489	MERCEDES BARRERA BOTIA	GERENTE DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
97	53065807	LEIDY CAROLINA AMAYA TALERO	COORDINADOR TECNICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA



98	39623766	FLOR ALBA RINCON ACOSTA	COORDINADOR DE PRESTACION DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
99	93136734	MILTON ANDRES SANCHEZ PERDOMO	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
100	33365493	SONIA MABEL PIRA QUICA	AUXILIAR DE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
101	1048846141	LEIDY ANDREA CASTILLO MORALES	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
102	23783002	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
103	23522660	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	SOATÁ	DIRECTA	DIRECTA	
104	1053605275	MAYCOL DAVID VELASCO PARRA	AUXILIAR DE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
105	46669839	LINA ISABEL ZABALA MANCIPE	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
106	23730499	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
107	74083496	SERGIO RICARDO CELY PEREZ	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
108	1058274757	LEIDI RUTH GAITAN VARGAS	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
109	1057579181	BRIGITTE DAYANA DIAZ MONGUI	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
110	1048846095	LEIDY DAYANA MONROY GUERRERO	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
111	1049658796	HECTOR JULIAN MORENO SANCHEZ	AUXILIAR SERVICIO AL CLIENTE	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
112	1002522198	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUXILIAR DE FARMACIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
113	52835873	LILIA ANGELICA DURAN RODRIGUEZ	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	BOGOTA	DIRECTA	DIRECTA	
114	1049795603	YANIBE DEL ROSARIO VELASQUEZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
115	33378530	NIDIA ROCIO SAENZ PEÑA	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
116	1118530677	GLORIA ESPERANZA HINCAPIE MARTINEZ	COORDINADORA DE SERVICIO FARMACEUTICO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
117	40047556	SANDRA MILENA PIÑEROS CHAVEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
118	1102834710	LASTIS ISABEL TATIS DIAZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
119	1049618508	JULIANA ANDREA ARIAS ROJAS	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
120	24017772	MYRIAM AURORA BUITRAGO CASTRO	AUXILIAR DE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
121	50916656	CARMEN CECILIA CACERES ÑUSTEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
122	80731848	WILSON REYES ALAYON	ANALISTA ADMINISTRATIVO	BOGOTÁ	DIRECTA	DIRECTA	
123	1140835503	KAREN LORENA FLOREZ RANGEL	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
124	51990459	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
125	1019058319	JUAN CAMILO ALDANA SANCHEZ	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA



126	40047676	MARLEN TOBAR ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
127	1049624865	JASLEY LIZZETH MARCELA BECERRA ALFONSO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	

2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

Jersalud S.A.S.		BASE DE DATOS PERSONAL JERSALUD META					
ITEM	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	NIVEL DE EXPOSICIÓN A COVID-19	OBSERVACIONES
1	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
2	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
3	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
4	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
5	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
6	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
7	40218844	YULY YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
8	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
9	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
10	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
11	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
12	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
13	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
14	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
15	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
16	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
17	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
18	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
19	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
20	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
21	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
22	1121862132	MERY YADIRA GARCIA ALVAREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
23	23835203	NANCY NIÑO CHAURA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
24	1233493768	JENNIFER CATALINA CASTRO GUERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
25	20546130	ANA BEATRIZ REINA REINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
26	1122237190	DIANA MARCELA NEIRA ROJAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
27	1121947580	VIVIANA ANDREA CARDENAS QUINTERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
28	1121905645	SANDRA YAMILE AVILA GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
29	40250253	MARIELA LOPEZ TREJOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	



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

30	86064317	EDWIN ALFONSO DUQUE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
31	1121933152	LINA FERNANDA VELASQUEZ BETANCOURT	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
32	40039701	MARTHA LUCIA SOLER CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
33	1193142908	JENNIFER DAYANA GUERRA LOPEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
34	1121950663	ADRIANA MARCELA ACUÑA VILLADIEGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
35	1121898940	MAIRA FAISULY ROJAS CORREAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
36	1120502407	LAURA CAMILA PADILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
37	40404908	BIANEY RAMIREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
38	40326034	JULY CAROLINA ROJAS HERRERA	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
39	1121846960	GRECIA YAJAYRA TELLEZ CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
40	1121880489	JENNY SHIRLEY GUTIERREZ SIERRA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
41	39537576	SANDRA PATRICIA REY BOLAÑOS	NUTRICIONISTA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TELECONSULTA
42	1019071171	ADRIANA LORENA REY RODRIGUEZ	TRABAJADORA SOCIAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
43	1014278902	MARIA FERNANDA MATEUS GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
44	40325831	FRANCY PAOLA PEDROZA CORTES	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
45	1001401438	BLADIMIR CUELLO MAUSA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
46	1121867640	JENNIFER ALEXANDRA BOCANEGRA ANDRADE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
47	1123403310	KAREN MELITZA GUTIERREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
48	1121912611	JEISON ALEXANDER MARIN BEDOYA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
49	40443936	SANDRA MARCELA DIAZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
50	1006733676	JESICA PONTON PALACIOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
51	53761940	SANDRA MILENA CIFUENTES PEREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
52	1234791356	DAYANA LICETH GONZALEZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
53	1123567118	JENIFFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
54	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
55	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
56	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
57	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
58	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
59	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
60	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
61	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
62	1121916803	SEBASTIAN FALLA MUNEVAR	AUXILIAR DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
63	1007449166	ANGIE DANIELA CARREÑO RAMIREZ	AUXILIAR DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
64	1006827165	LAURA SOFIA PINTO QUEVEDO	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	



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

65	1006773398	JHOAN SNEIDER SANTANA MONTOYA	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
66	1121872800	WILDER JULIAN NOVOA BORJA	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
67	1121833197	ANDREA CAROLINA BARBOSA VALLEJO	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
68	23623995	RUBY RUIZ SALAS	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
69	1063154205	GABRIEL ESTEBAN BABILONIA ESCOBAR	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
70	1093755032	INGRID JHONNA CARDENAS MORA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
71	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	INCAPACIDAD
72	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	HACE PROCEDIMIENTOS EN OCASIONES
73	40185140	RUTH MARY BAQUERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
74	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
75	1123567118	JENNIFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
76	35262556	ADRIANA VALDES VIVEROS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
77	1121816223	ODIVER ESMERALDA GUERRERO VARGAS	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
78	1121839364	DAMARIS YULIANA ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
79	1121930795	ANGIE JULEIDY MACHADO ROMERO	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
80	86056869	EDGAR ANDRES GARCIA PORRAS	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
81	1121860890	XIOMARA OLAYA MORA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
82	1127390578	DUVAN FERNEY VILLEGAS	ANALISTA DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
83	1121876618	ÉRICA EUGENIA HERNÁNDEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
84	1010066853	CLAUDIA VANESA PARADA SUAREZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
85	1121876618	ERIKA EUGENIA HERNANDEZ SANTAMARIA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
86	40325398	ANGELICA MARIA LARRAÑAGA DIAZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
87	40396855	DIANA CONSUELO ROA CARDENAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
88	1000271662	EYLEEN DANIELA DIAZ MURILLO	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
89	1121851922	WILMER JULIAN VELASQUEZ GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
90	1045682498	YEIMY MARCELA NEVADO GUZMAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
91	1068973172	DIANA MILENA LONDOÑO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
92	1007497333	LUISA MARIA SUAREZ GUARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
93	1121851998	PAOLA MILENA RIVERA RAMIREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
94	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
95	40329336	YENI CAROLINA ORTIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
96	1119894087	MORELIA JINETH MORA FRANCO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
97	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
98	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
99	52045168	IMNA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
100	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
101	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
102	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
103	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
104	41242448	CLAUDIA YANETH RAMIREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	



105	1121839364	DAMARIS YULIANA ESTRADA	REGENTE DE FARMACIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
106	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
107	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
108	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
109	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
110	1120498277	DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
111	1121827319	MARIAN GISELA CASTRO BELTRAN	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
112	97611226	HERNAN DARIO RAMOS	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
113	86069207	WILSON JAVIER HERRERA SILVA	REGENTE DE FARMACIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
114	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
115	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
116	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
117	1121947473	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR DE FARMACIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
118	1121914029	ROSELL NATALIA VELASQUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
119	43920473	MIRIAM LILIANA ROJAS GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
120	1129534204	LIZ DAYANA MARID VASQUEZ	MEDICO GENERAL	PUERTO GAITAN	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
121	1090394053	LEYDDY AZUCENA MORALES TEJEDOR	REGENTE DE FARMACIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
122	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	

2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

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



8	CC	1.090.495.22 5	María Alejandra Vargas Palacios	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
9	CC	9432965	Henry Darío Uva	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
10	CC	23726655	Mérida Barrera Tolosa	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
11	CC	1054090740	Oscar Hernando Jiménez Rojas	Psicóloga	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
12	CC	1.118550499	Mariluz Martínez Alfonso	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
13	CC	1118570378	María Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
14	CC	33379545	Sandra Torres	Médico general	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
15	CC	47.420.208	Helena Maldonado	Regente de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
16	C.C	40402032	Adriana Victoria Corredor Tigreros	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
17	CC	33.480.734	Martha Cecilia Córdoba	Auxiliar de Farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
18	CC	52.704.266	Nelsy Johana Miranda Santos.	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
19	CC	3115739292	Sara Nohemí Ojeda Parales	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TELE TRABAJO-AISLAMIENTO PREVENTIVO CONTACTO ESTRECHO CASO COVID-19

3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

Telas Desechables

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

Usos

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

Colores Disponibles en telas Desechables



Ficha Técnica

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

Polipropileno

Es un termoplástico cristalino obtenido por polimerización de condiciones óptimas de temperatura y presión en presencia de un catalizador superactiva.

Resistencia Química

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

Características

- Material translúcido no transparente S.M.S.
- Permeabilidad al aire
- Alta resistencia a la tracción en ambas direcciones
- El tejido no se deshilacha ni despiece
- 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
- Extrapeable
- 100% Hidrofóbico
- Resistencia química
- Resistencia y aislamiento térmico
- Antibiótico y no tóxico
- Antiestática

www.jersalud.com



BATA CIRUJANO PUÑO ALGODÓN	
NOMBRE GENERICO	BATA CIRUJANO PUÑO ALGODÓN
CERTIFICADO INVIMA	No requiere Certificado invima Registro Sanitario Certificación N°2010007360
DESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> •Material propileno no tejido SMS 35 g •Repelente de fluidos líquidos no transparente, suavidad al tacto •Sujecion en la cintura, puños de algodón •Medidas 117 largo x 140 de ancho •Tallas estandar •Técnica de asepsia •Antialérgico, higiénico
CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none"> •Utilizada para evitar ingreso de contaminación exterior •Es un producto no invasivo, no esteril •Producto esterilizabile en óxido de etileno, sterrad, y vapor •De unico uso (Desechable)
CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	-Almacenar en un lugar fresco y seco, evitando los rayos directos del sol. Tep. Max. 32 °
USOS	<ul style="list-style-type: none"> •Lavar las manos antes y despues de usar la prenda •vestir cuerpos para la valoración medica o tratamientos •servir como barrera microbiana entre la relación medico, paciente y viseversa •Desechar una vez utiliz •Producto para uso personal, unico uso
PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> •Se debe considerar las precauciones recomendadas por normas de bioseguridad •"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"
DISPOSICIÓN FINAL	•Desechar como residuos peligrosos biologico-infecciosos. (Decreto ley 2811 de 1974 y la ley 99 de 1983) en relación con la gestión integral de residuos solidos, as como la Ley 142 de 1994, ley 632 de 2000 y la ley 589 de 2001, en cuanto tiene que ver con la presentación del servicio publico de aseo.
CODIGO	3100000355
UNIDAD DE VENTA	BOLSA 10 UNIDADES



Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166





FICHA TÉCNICA	Código: GT-FH Versión: 01 Fecha: 01-08-17
----------------------	---

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

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
 DIONY ANDREA GALLEGO SIERRA	 CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRIA	 JULIAN C. ZALANDO PONCE

Copia Controlada

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad de Control y Vigilancia Epidemiológica
 Calle Cometa No. 100, Bogotá, D.C.
 Teléfono: 01 (800) 910332
VIGILADO





FICHA TÉCNICA	Código: GT-FH Versión: 01 Fecha: 01-08-17
----------------------	---

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

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


Copia Controlada

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 01600010303
VIGILADO



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



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

FICHA TÉCNICA



1. Referencias del respirador:

REFERENCIA	PRESENTACIÓN
Lifel095	Respirador Color Blanco

2. Identificación y empaque:

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



SOSEGA®

Safety Solutions

INFORMACIÓN TÉCNICA

MODELO

Mascarilla N95 Vapores Orgánicos SOSEGA
Con Válvula
Ref: 130730



APLICACIONES

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

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

CARACTERÍSTICAS

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

ESTÁNDARES Y REGULACIONES

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



INSTRUCCIONES DE AJUSTE



Paso 1

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

Paso 2

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

Paso 3

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

Paso 4

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

Paso 5

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

ADVERTENCIAS

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





LATEX EXAMINATION GLOVES - NIPRO

DESCRIPCION:

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

CARACTERISTICAS

- ✓ Elaborados de 100% Látex natural, sin polvo y/o ligeramente lubrificadas con polvo biodegradable no tóxico USP.
- ✓ Resistentes a la rotación.
- ✓ Color natural
- ✓ De forma anatómica, zona de agarre texturada y con superficie lisa, lisa y uniforme antideslizante.
- ✓ Cumple con las pruebas de nivel de calidad de acuerdo a las normas internacionales Vigentes: ISO 11193, EN 455-3, EN 455-2 y ASTM D 3075-01

INDICACIONES

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

VENTAJAS

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

DIMENSIONES

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

2.3.1 Factura Regional Boyacá

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

farmaQx
Inteligencia farmacéutica
FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S
NIT: 900.433.437-8
Carrera 49 # 95-54 Barrio La Castellana
TELEFONOS: (+57) 3167443440
BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA

Fecha: 7/09/2020 12:37:38 p. m.
CUFE: 7ee82bef98eb5ee6235547cdeb0266a29e78e54e42cebe7198779bede7ade0
de09f0b94c382273d1def1bd2b19328e4

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

FACTURA DE VENTA N° FQE6668

Datos Generales								
Tercero: 900622551 - JERSALUD SAS			Dirección: CRA 5 64-195 LOCAL 104-105					
Sucursal: JERSALUD TUNJA			Telefono: 5618123					
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACIÓN JERSALUD GRAL			FOXBA102 - BTA-OPERATIVO					
			U. Funcional: FACTURACION-FQX MIOCARDIO CASTELLANA					
Detalle: TRASLADO DE FARMA #461 A JERSALUD TUNJA 07-09-2020								

Producto	Lote	Invlms	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
100109620 - BATA DESECHABLE MANGA LARGA		0		1500	0,00	0,00	\$ 7.860	\$ 11.340.000
VALOR BRUTO:								\$ 11.340.000
IVA:								\$ 0
RETEFUENTE:								\$ 283.500
RETENCIÓN IVA:								\$ 0
RETENCIÓN ICA:								\$ 46.948
VALOR NETO FACTURA:								\$ 11.009.552

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

ELABORÓ


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

Factura de venta electrónica con Autorización Numeración de Facturación N° 18763004712080 DEL 28/02/2020 prefiere autorizado FQE Autoriza del FQE 1 AL FQE 7624 vigente hasta el 27 de febrero de 2022. Bienes Exentos de IVA por Pandemia Covid-19 Decretos: 417 del 17 de marzo 2020 y 551 del 16 de abril de 2020. Efectuar retención del 2,5% por Compras. STA FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO (SEGUN EL ART. 774779 DEL C.O. DE COMERCIO), CON ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR.

Estado F.E.: Enviada
 Usuario Creación: 53069545 - DIANA PAOLA FIGUEROA MOJICA - FQ
 Usuario Impresión: 53069545 - DIANA FIGUEROA



2.3.2 Cotización Regional Meta

 Brindamos salud y bienestar.		Cotización No. C-1-503				
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 2020-09-24	Elaborado por Siglo S.A.S NIT: 830.048.145-95-8			
Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	Ver	250.00	6,950.00	1,737,500.00
2	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	Ver	140.00	4,800.00	672,000.00
3	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	Ver	40.00	1,950.00	92,820.00
4	PT364	ESPECULO VAGINAL DESECHABLE MOD2004 UNID	Ver	100.00	1,512.61	180,000.59
5	DIS-404180519	GASA ESTERIL 3X3X5 UND SHERLEG	Ver	50.00	450.00	22,500.00
6	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	Ver	12.00	29,500.00	354,000.00
7	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	6.00	37,000.00	222,000.00
8	EQRJC3LT	RECOLECTOR GUARDIAN 2.9 BIOLIFE	Ver	2.00	4,500.00	9,000.00
9	RCL15L	RECOLECTOR GUARDIAN 1.5	Ver	2.00	3,500.00	7,000.00
10	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	Ver	20.00	3,800.00	76,000.00
11	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	Ver	20.00	3,700.00	74,000.00
12	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	Ver	33.00	55,000.00	1,815,000.00
13	E-0075101	ALCOHOL ANTISEPTICO 700 ML OSA	Ver	5.00	6,000.00	30,000.00
14	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	7.00	28,500.00	199,500.00
15	34841	GEL ANTIBACTERIAL BIDON	Ver	2.00	232,000.00	464,000.00
16	6512456	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML ED	Ver	21.00	13,500.00	283,500.00
17	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON	Ver	3.00	29,700.00	89,100.00
18	11301016	JALEA ULTRASONIDO BIOGEL GALON X 3800ML	Ver	3.00	29,500.00	88,500.00
19	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	Ver	5.00	2,900.00	14,500.00
20	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	Ver	10.00	2,200.00	22,000.00
21	SOL-180237	GLUTARALDEHIDO 2% PLUS FCO X 1000 ML POTENCIALIZADO Y TAMPONADO EUFAR	Ver	1.00	30,800.00	30,800.00
22	SO170806	BONCIDA FCOX 1000 ML JABÓN QUIRÚRGICO GLUCONATO	Ver	1.00	44,500.00	44,500.00
23	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	Ver	20.00	37,000.00	740,000.00
24	TMNB	TAPABOCAS N95 REPLICA UNIDAD	Ver	190.00	7,000.00	1,330,000.00
					Total Bruto	8,554,661.00
					Subtotal	8,554,661.00
					IVA 19%	43,559.59
					Total a Pagar	8,598,220.59





Cotización
 No. C-1-504

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	2020-09-24

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	10.00	37,000.00	370,000.00
2	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	30.00	37,000.00	1,110,000.00
3	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	Ver	30.00	37,000.00	1,110,000.00
4	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	1.00	28,500.00	28,500.00
5	NACIONAL	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML NAL	Ver	30.00	13,500.00	405,000.00
6	021230	JABON DE MANOS X 500 ML	Ver	30.00	12,500.00	375,000.00
7	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	Ver	20.00	2,900.00	58,000.00
8	673656	BOLSA NUTRICION ENTERAL 1000CC KANGAROO COVIDIEN CJX30	Ver	15.00	39,800.00	597,000.00
9	DISTR-256	BAJALENGUAS PLASTICO PAQX 50 UNDS	Ver	2.00	15,500.00	36,890.00
10	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS) UNIDAD MEDE	Ver	100.00	920.00	92,000.00

Total Bruto	4,176,500.00
Subtotal	4,176,500.00
IVA 19%	5,890.00
Total a Pagar	4,182,390.00

Elaborado por Slige S. A. S Nit: 830 048 145-85-8

Gerente General
 sumfamedic@hotmail.com
 8748246

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 0180001910332



3.2.3 Factura Regional Casanare

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



Factura electrónica de venta
 No. FE-137

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Colombia Nacional: 01800010303
VIGILADO



3. ENTREGA OPORTUNA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

4.1 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Boyacá

4.1.1 Entrega elementos de protección personal sede Tunja

Jersalud S.A.S.		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL						F(GTH)033					
								Versión: 3					
								ago-19					
								1 de 1					
Apellidos y Nombres Completos			Cédula			Unidad							
Peña Nieto Ana Silvia			33783002			Farmacia							
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>													
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 09 2020	X			X					X				
22 09 2020				X									Silvia Peña
23 09 2020				X									Silvia Peña
24 09 2020				X									Silvia Peña
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Jersalud S.A.S.		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL						F(GTH)033					
								Versión: 3					
								ago-19					
								1 de 1					
Apellidos y Nombres Completos			Cédula			Unidad							
Rodríguez Dampaque Claudia			1049642865			admin							
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>													
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			
18 09 20				X									Claudia R
21 09 20				X					X				Claudia R
22 09 20				X									Claudia R
23 09 20				X									Claudia R
24 09 20				X									Claudia R
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Zipa Vargas Giselle Andrea	1.049.647.500	Consulta Externa Administr

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Giselle Zipa
19 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Giselle Zipa
21 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Giselle Zipa
23 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Giselle Zipa
24 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Giselle Zipa
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Giselle Andrea Zipa Vargas Identificado (a) con CC: 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gersson David Gonzalez	1044638771	Unidad

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	-		Gersson G.
21 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	-		Gersson G.
23 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	-		Gersson G.
24 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	-		Gersson G.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gersson David Gonzalez Identificado (a) con CC: 1044638771, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000910302



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Maya Jomir M	7171072	FMD

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
22/09/20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
23/09/20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		[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												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NOLICA UELIAN DIAZ MARINA	40.036 857	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	Monogata de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18/09/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
19/09/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
21/09/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
22/09/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
23/09/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
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: 018000910333

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Torres Acevedo Milene Milene	46378245	E. C. C. T.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólinas		
18 09 20				X		X						
21 09 20				X		X						
22 09 20	X			X		X			X			
23 09 20				X		X						
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
GUSTAVO BORDA G	6761020	PEDIATRIA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólinas		
22 09 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												

Yo, GUSTAVO BORDA G. identificado (a) con CC: 6761020, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
 VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Flores Alvarez Monica P	1099616557	Operaria

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polinias		
18 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		[Firma]
21 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
22 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Mónica Flores A. Identificado (a) con CC: 1099616557, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los,

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rodriguez Boyaca Maria Cecilia	1.0A9625040	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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polinias		
18 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
21 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		[Firma]
22 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
23 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Maria Cecilia Rodriguez Identificado (a) con CC: 1.0A9625040, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Durán Iguarán Joel Antonio	1124023697	Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Joel Durán
19 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Joel Durán
21 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-		Joel Durán
22 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Joel Durán
23 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-		Joel Durán
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Santa Yaneth Luz G.	24219746	Tunja

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
20 09 2020	X			X									Santa Yaneth Luz
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 Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jennifer Matos Lopez	10241634115	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 desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 09 20				X								Jennifer Matos
21 09 20				X					X			Jennifer Matos I.
22 09 20				X								Jennifer Matos S
23 09 20				X								Jennifer Matos I
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Barrera Claudia	90045774	Cest

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24 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 desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 09 20	X			X								Cmf
20 09 20	X			X					X			Cmf
22 09 20	X			X								Cmf
23 09 20	X			X								Cmf
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 <u>Vladimir Barista</u>	Cédula <u>88214412</u>	Unidad <u>CLEXI - Tunja</u>
--	---------------------------	--------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Vladimir Barista L. Identificado (a) con CC: 88214412, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Zulmayra Beltrán Becerra</u>	Cédula <u>1052399313</u>	Unidad <u>Consulta Externa</u>
--	-----------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 2020				X		X							
19 09 2020				X		X							
29 09 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													

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800091033



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Jenny Gabriela Cabrera Nigama</u>	<u>1023140207</u>	<u>Administrativa</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 20				X									<i>Jenny Cabrera</i>
21 09 20				X					X				<i>Jenny Cabrera</i>
22 09 20				X									<i>Jenny Cabrera</i>
23 09 20				X									<i>Jenny Cabrera</i>
24 09 20				X									<i>Jenny Cabrera</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jenny Gabriela Cabrera Nigama identificado (a) con CC: 1023140207, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>MOSICA VELAZCOA LUZ MARINA</u>	<u>40.056857</u>	<u>CONSULTA EXTERNA</u>

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

Fecha	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 09 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-			<i>Mosica Velazco</i>
14 09 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-			<i>Mosica Velazco</i>
15 09 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-			<i>Mosica Velazco</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, Mosica Velazco identificado (a) con CC: 40.056857, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800091033
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
Jesús Sánchez Anderson	1084658723	C.E. Jent

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polinias		
18 09 20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		Anderson
19 09 20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		Anderson
21 09 20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		Anderson
27 09 20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		Anderson
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 Jesús Sánchez Anderson Identificado (a) con CC: 1084658723 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Almo Ruiz	33367367	CENT

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polinias		
18 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	Almo
19 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	Almo
21 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	Almo
22 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	Almo
23 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	Almo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Almo Ruiz Identificado (a) con CC: 33367367 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>FONTAINEZ ABRAHAM OVIDIO ISRAEL</i>	<i>46361131</i>	<i>C. EXTERNO</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 2020	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<i>Abraham Fontainez</i>
21 09 2020	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<i>Abraham Fontainez</i>
22 09 2020	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<i>Abraham Fontainez</i>
23 09 2020	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<i>Abraham Fontainez</i>
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>FONSECA ROSAIDA JOHAN ROSARIO</i>	<i>1120865598</i>	<i>CONSULTA EXTERNA TAJA</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 9 20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<i>Johan Rosario Fonseca</i>
21 9 20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<i>Johan Rosario Fonseca</i>
22 9 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<i>Johan Rosario Fonseca</i>
23 9 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<i>Johan Rosario Fonseca</i>
24 9 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<i>Johan Rosario Fonseca</i>
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													

Yo, *JOHAN ROSARIO FONSECA* Identificado (a) con CC: *1120865598*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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	Cédula	Unidad
Yolq Patricia Qualle Pineda	23-324561	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. 696 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 9 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
21 9 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
22 9 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
23 9 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
24 9 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ayala Borón Jaz Amparo	40027046	Jersalud Tunja

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	Teleconsulta	<i>[Signature]</i>
19 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	tele consulta	<i>[Signature]</i>
22 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	tele consulta	<i>[Signature]</i>
23 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	teoritaria	<i>[Signature]</i>
24 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	Teleconsulta	<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ibañez Díaz Diana	33377254	Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas			
18 09 20	X			X					X				Diana Ibañez
19 09 20	X			X					X				Diana Ibañez
21 09 20	X			X					X				Diana Ibañez
22 09 20	X			X					X				Diana Ibañez
23 09 20	X			X					X				Diana Ibañez
24 09 20	X			X					X				Diana Ibañez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rojas Antonio Diego Alvarado	104069127	ADM

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas			
23 09 20	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-		Nuevo bata y zapatos // //	
24 09 20	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Antonio Rojas Alvarado identificado (a) con CC: 104069127, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jimmy Astudillo H	40039607	Cxi

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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			
18 09 2020	X	X	X	X	-	-	X	-	X	-	-	Telacomo Hg	Jimmy
21 09 2020	X	X	X	X	-	-	X	-	X	-	-	Telacomo Hg	Jimmy
22 09 2020	X	X	X	X	-	-	X	-	X	-	-	Telacomo Hg	Jimmy
23 09 2020	X	X	X	X	-	-	X	-	X	-	-	Telacomo Hg	Jimmy
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, Jimmy Astudillo Identificado (a) con CC: 40039607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pedraza Vargas Maria Juana	40017103	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Maria Juana
21 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Maria Juana
22 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Maria Juana
23 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Maria Juana
24 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Maria Juana
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 Juana Pedraza Vargas Identificado (a) con CC: 40-017-103, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Juan Escobar J</i>	<i>7130163</i>	<i>C. Exta</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. 696 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Jon C</i>
21 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Jon C</i>
22 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Juan E</i>
23 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Jon C</i>
24 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Jon C</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *Juan Escobar J* Identificado (a) con CC: *7130163*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Molina Ueta Sosa Egara</i>	<i>72205029</i>	<i>Exta</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. 696 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
21 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
22 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
23 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
24 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *Sosa E Molina U* Identificado (a) con CC: *72205029*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Jorgeth Harcela Escara A.</u>	<u>1.049.624.355</u>	<u></u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 09 20				X								Jorgeth B.
21 09 20				X					X			Jorgeth B.
22 09 20				X								Jorgeth B.
23 09 20				X								Jorgeth B.
24 09 20				X								Jorgeth B.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Jorgeth Harcela Escara A. Identificado (a) con CC: 1.049.624.355, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Suárez Puro Daniel</u>	<u>1002340134</u>	<u>Administrativa</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 09 20				X								Daniel Suárez Puro
19 09 20				X								Daniel Suárez Puro
21 09 20				X					X			Daniel Suárez Puro
22 09 20				X								Daniel Suárez Puro
23 09 20				X								Daniel Suárez Puro
24 09 20				X								Daniel Suárez Puro
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Marín Tobar E	40042096	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopie de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 2021				X									
20 09 2021				X									
22 09 2021				X									
23 09 2021				X									
24 09 2021				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Vasquez Moreno Blanca	28810.177	External

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopie de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 20				X									
19 09 20				X									
21 09 20				X					X				
22 09 20				X									
23 09 20				X									
24 09 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Blanca Nubia Vasquez Identificado (a) con CC: 28-810-177, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019333
 VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Pavada Acuña Fabio Andrés</u>	<u>1056930698</u>	<u>Jersalud - Administrativo</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 09 20				X					X			
21 09 20				X					X			
22 09 20				X					X			
23 09 20				X					X			
24 09 20				X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Fabio Andrés Pavada Acuña Identificado (a) con CC: 1056930698 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Higuera Reyes Juan César</u>	<u>74370203</u>	<u>Administrativa</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 09 20				1					1			
22 09 20				1								
23 09 20				1								
24 09 20				1								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
SANCHEZ POZA Nidia Pocio	3.3378530	farmacia/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	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 20	-	*	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
19 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
21 09 20	+	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		[Firma]
22 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
23 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MORALES GUERRERO LEIDY DAIANA	7048376095	TUJSA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
19 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
21 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
22 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
23 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
24 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Arias Rojas Juliana Andrea	1049618508	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24 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		
18 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Juliana Arias
19 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Juliana Arias
21 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Juliana Arias
22 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Juliana Arias
23 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Juliana Arias
24 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Juliana Arias
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Juliana Andrea Arias Rojas Identificado (a) con CC: 1049618508, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Tatis Diaz Tatis Tsabel	4102834710	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 09 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Tatis
19 09 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Tatis
21 09 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Tatis
22 09 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Tatis
23 09 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Tatis
24 09 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Tatis
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Tatis Tatis Diaz Identificado (a) con CC: 4102834710, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Ejecutora Operativa de Atención Primaria
 Línea Corrala Nacional 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Karen Lorena Flores</u>	<u>1140833500</u>	<u>Farmacología</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	Monogüete de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 09 20				X					X	X		[Firma]
19 09 20				X					X	X		[Firma]
21 09 20				X					X	X		[Firma]
22 09 20				X					X	X		[Firma]
23 09 20				X					X	X		[Firma]
24 09 20				X					X	X		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Sandra Milena Rojas</u>	<u>40211050</u>	<u>Farmacología</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	Monogüete de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 09 20	X			X					X	X		[Firma]
19 09 20	X			X					X	X		[Firma]
20 09 20	X			X					X	X		[Firma]
21 09 20	X			X					X	X		[Firma]
22 09 20	X			X					X	X		[Firma]
23 09 20	X			X					X	X		[Firma]
24 09 20	X			X					X	X		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Julien Moreno Sanchez</u>	Cédula <u>104658796</u>	Unidad <u>Junos</u>
---	----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogala de seguridad	Carera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 09 20	X			X					X			
20 09 20	X			X					X			
21 09 20	X			X					X			
22 09 20	X			X					X			
23 09 20	X			X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Julien Moreno Identificado (a) con CC: 104658796, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogala de seguridad	Carera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 09 2020	X			X					X		5 tapabocas	
03 09 2020	X			X					X		6 tapabocas	
14 09 2020	X			X					X		6 tapabocas	
29 09 2020	X			X					X		5 tapabocas	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Lina Alejandra Pinzón Castiblanco	1049632618	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08/09/20	X				X				X		5 tapabocas	<i>Lina Pinzón</i>
14/09/20	X				X				X		5 tapabocas	<i>Lina Pinzón</i>
20/09/20	X				X				X		5 tapabocas	<i>Lina Pinzón</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, 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Nancy Mogollón	23323980	Bucarama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
27/09/20	✓			✓					✓		5 de gu	<i>Nancy Mogollón</i>
30/09/20	✓			✓					✓		5 de gu	<i>Nancy Mogollón</i>
10/09/20	✓			✓					✓		5 de gu	<i>Nancy Mogollón</i>
18/09/20	✓			✓					✓		5 de gu	<i>Nancy Mogollón</i>
01/09/20	✓			✓					✓		5 de gu	<i>Nancy Mogollón</i>
07/09/20	✓			✓					✓		5 de gu	<i>Nancy Mogollón</i>
10/09/20	✓			✓					✓		6 de gu	<i>Nancy Mogollón</i>
21/09/20	✓			✓					✓		5 de gu	<i>Nancy Mogollón</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800910303
 Línea de Atención al Cliente: 01800910303
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
Aceso Martinez Diana Patricia	46456742	Difama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 09 20	X			X					X		1 bata 6 tapabocas	DIANA MACEO
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diana Patricia Aceso Martinez identificado (a) con CC: 46456742, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
CERCAO NELLA DIANA	1053608206	JERSALUD DIFAMA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
20 09 20	X			X					X		6 tapabocas 1 bata 1 bata	DIANA C.
21 09 20	X			X					X		6 tapabocas 1 bata 1 bata	DIANA C.
22 09 20	X			X					X		6 tapabocas 1 bata 1 bata	DIANA C.
23 09 20	X			X					X		6 tapabocas 1 bata 1 bata	DIANA C.
24 09 20	X			X					X		6 tapabocas 1 bata 1 bata	DIANA C.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Triana Triana Hudaly	46458143	Durtama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
07 09 20	X			X							X	5 Tapabocas	[Firma]
14 09 20				X							X	5 Tapabocas	[Firma]
29 09 20	X			X							X	6 Tapabocas	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Hudaly 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Zabala Mancipe Lina Isabel.	46669839	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	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 08 20	X			X							X	↓ tapabocas - ↓ bata - ↓ gorro	[Firma]
02 08 20	X			X							X	4 tapabocas - ↓ bata - ↓ gorro	[Firma]
10 08 20	X			X							X	5 tapabocas 1 bata 1 gorro	[Firma]
18 08 20	X			X							X	↓ cofia - ↓ tapabocas - ↓ bata	[Firma]
24 08 20	X			X							X	↓ cofia - ↓ tapabocas - ↓ bata	[Firma]
31 08 20	X			X							X	↓ gorro - ↓ cofia - 5 tapabocas	[Firma]
07 09 20	X			X							X	↓ gorro - ↓ cofia - 1 bata - 5 tapabocas	[Firma]
14 09 20	X			X							X	↓ gorro - ↓ bata - 6 tapabocas	[Firma]
21 09 20	X			X							X	↓ gorro - ↓ bata - 6 tapabocas	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Lina Isabel Zabala Mancipe Identificado (a) con CC: 46669839, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 08 20	X			X								Ninguna	
02 08 20	X			X									
10 08 20	X			X								6 Tapabocas	
18 08 20	X			X								4 tapabocas, 1 Bata, 1 Cofia	
24 08 20	X			X								5 Tapabocas, 1 Bata y 1 cofia	
31 08 20	X			X								5 Tapa 1 Bata y Cofia	
07 09 20	X			X								5 Tapa 1 Bat 1 cofia	
14 09 20	X			X								5 Tapa 1 Bat 1 cofia	
20 09 20	X			X								6 Tap. Bat. 1 cofia	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pino Quica Sonia Mabel	cc: 33365493	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			
27 07 20	X			X								4 tapabocas	
03 08 20	X			X								4 tapabocas	
10 08 20	X			X								5 tapabocas	
18 08 20	X			X								4 tapabocas	
24 08 20	X			X								5 tapabocas- Bata	
31 08 20	X			X								6 tapabocas	
07 09 20	X			X								5 tapabocas	
14 09 20	X			X								5 tapabocas	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Orlando Gutierrez</i>	Cédula <i>91244689</i>	Unidad
--	----------------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 7 20	1			4							1		<i>Orlando</i>
27 7 20	5			5							5		<i>Orlando</i>
27 7 20	2			2		2					2	1 Respirador M500	<i>Orlando</i>
30 8 20	4			4							4		<i>Orlando</i>
10 8 20	6			6							6		<i>Orlando</i>
10 8 20	4			6							4		<i>Orlando</i>
18 8 20	4			6							4		<i>Orlando</i>
24 8 20	6			6							6		<i>Orlando</i>
31 8 20	5			5							5		<i>Orlando</i>
7 9 20	6			6							6		<i>Orlando</i>
14 9 20	5			5							5		<i>Orlando</i>
21 9 20	6			6							6		<i>Orlando</i>

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 02 2020	✓			5							1	Paraguas H6	<i>Orlando</i>
20 07 2020	✓			4							1	Tapabocas H4	<i>Orlando</i>
27 07 2020	✓			5							1	Tapabocas H5	<i>Orlando</i>
03 08 2020	✓			4							1	Tapabocas H4	<i>Orlando</i>
10 08 2020	✓			5							4	Tapabocas H5	<i>Orlando</i>
18 08 2020	✓			5							4		<i>Orlando</i>
24 08 2020	✓			5							5		<i>Orlando</i>
31 08 2020	✓			6							2	Tapabocas H6	<i>Orlando</i>
07 09 2020	1			5							-		<i>Orlando</i>
14 09 2020				5							5	Tapabocas H8	<i>Orlando</i>
28 09 2020	3			5							5	Tapabocas H5	<i>Orlando</i>
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800091033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Fajardo Severo Angely Dorely</u>	Cédula <u>24167247</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
--	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27 04 2020	✓			✓								5 Guantes 5 tapabocas	Angely F
03 05 2020	✓			✓								1 Bata 4 tapabocas	Angely F
03 09 2020	✓			✓	✓							2 Guantes 2 Bata 2 tapabocas #2	Angely F
04 09 2020	✓			✓	✓							5 Guantes 5 tapabocas 6 bata	Angely F
14 09 2020	✓			✓	✓							5 Guantes 5 tapabocas 5 Bata	Angely F
27 09 2020	✓			✓	✓							6 Guantes 6 tapabocas 6 bata	Angely F
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Sogamoso

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Caceres Nustiza Caimen C</u>	Cédula <u>50916656</u>	Unidad <u>Sogamoso</u>
--	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 09 20	X			X								EPP	Caimen Caceres
17 09 20	X			X								EPP	Caimen Caceres
19 09 20	X			X								EPP	Caimen Caceres
21 09 20	X			X				X				EPP	Caimen Caceres
22 09 20	X			X								EPP	Caimen Caceres
23 09 20	X			X								EPP	Caimen Caceres
24 09 20	X			X								EPP	Caimen Caceres
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Caceres Nustiza Caimen C Identificado (a) con CC: 50916656, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Sebastian Rivera Gutierrez	Cédula 104961058	Unidad
--	----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 09 20	X			X								EPP	[Firma]
14 09 20	X			X								EPP	[Firma]
15 09 20	X			X								EPP	[Firma]
16 09 20	X			X								EPP	[Firma]
17 09 20	X			X								EPP	[Firma]
18 09 20	X			X								EPP	[Firma]
19 09 20	X			X								EPP	[Firma]
21 09 20	X			X								EPP	[Firma]
24 09 20	X			X								EPP	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sebastian Rivera Gutierrez identificado (a) con CC: 104961058 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Olida de Aguas	Cédula 32775986	Unidad Jorgamoso
--	---------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03 08 20	X			X								EPP -5 corras tapabocas	[Firma]
10 08 20	X			X								EPP -5 corras tapabocas	[Firma]
18 08 20	X			X								EPP	[Firma]
2 09 20	X			X								EPP	[Firma]
13 09 20	X			X								EPP	[Firma]
21 09 20	X			X								EPP	[Firma]
01 09 20	X			X								EPP	[Firma]
09 09 20	X			X								EPP	[Firma]
10 09 20	X			X								EPP	[Firma]
12 09 20	X			X								EPP	[Firma]
21 09 20	X			X								EPP	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Cokeada Karen	Cédula 8608660	Unidad
---	--------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 09 20	X			X							X	EPP	[Firma]
11 09 20	X			X								EPP	[Firma]
12 09 20	X			X								EPP	[Firma]
14 09 20	X			X								EPP	[Firma]
15 09 20	X			X								EPP	[Firma]
16 09 20	X			X								EPP	[Firma]
17 09 20	X			X								EPP	[Firma]
18 09 20	X			X								EPP	[Firma]
21 09 20	X			X								EPP	[Firma]
22 09 20	X			X								EPP	[Firma]
23 09 20	X			X								EPP	[Firma]
24 09 20	X			X								EPP	[Firma]

Yo, Cokeada Karen Identificado (a) con CC: 8608660, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 QUINTERO TORRES MILENA ANDREA	Cédula 46455070	Unidad JERSALUD SAGRAMO 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			
10 09 2020	X			X							X	1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
11 09 2020	X			X							X	1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
12 09 2020	X			X							X	1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
14 09 2020	X			X							X	1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
15 09 2020	X			X							X	1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
16 09 2020	X			X							X	1 tapabocas, 1 guiso	MILENA QUINTERO
17 09 2020	X			X							X	1 tapabocas, 1 guiso	MILENA QUINTERO
18 09 2020	X			X							X	1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
21 09 2020	X			X							X	1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
22 09 2020	X			X							X	1 tapabocas, 1 guiso	MILENA QUINTERO
23 09 2020	X			X							X	1 tapabocas, 1 guiso	MILENA QUINTERO
24 09 2020	X			X							X	1 tapabocas, 1 guiso	MILENA QUINTERO

Yo, MILENA QUINTERO Identificado (a) con CC: 46455070, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Romero López, Ana	Cédula 46366015	Unidad Sogamoso
---	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
11 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
12 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
14 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
15 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
16 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
17 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
18 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
20 09 20	X			X					X		EPP 1 Bata 1 Goma 1 Tapab	Ana Romero
22 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
23 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
24 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero

Yo, Ana Romero López identificado (a) con CC: 46366015, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Cely Perez Sergio Ricardo	Cédula 74083496	Unidad Sogamoso
---	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
09 09 20	X			X					X		EPP	Sergio G.L
10 09 20				X					X		EPP	Sergio G.L
11 09 20				X					X		EPP	Sergio G.L
14 09 20	X			X					X		EPP	Sergio G.L
15 09 20	X			X					X		EPP	Sergio G.L
16 09 20	X			X					X		EPP	Sergio G.L
17 09 20	X			X					X		EPP	Sergio G.L
18 09 20	X			X					X		EPP	Sergio G.L
19 09 20	X			X					X		EPP	Sergio G.L
21 09 20	X			X					X		EPP	Sergio G.L
22 09 20	X			X					X		EPP	Sergio G.L
23 09 20	X			X					X		EPP	Sergio G.L

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleinas		
09/09/20	X			X						X	EPP	
10/09/20	X			X						X	EPP	
11/09/20	X			X						X	EPP	
14/09/20	X			X						X	EPP	
16/09/20	X			X						X	EPP	
17/09/20	X			X						X	EPP	
18/09/20	X			X						X	EPP	
19/09/20	X			X						X	EPP	
21/09/20	X			X						X	EPP	
22/09/20	X			X						X	EPP	
23/09/20	X			X						X	EPP	
24/09/20	X			X						X	EPP	

Yo, Cesar Augusto Conzab 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.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Daisy Vargas Banera</u>	Cédula <u>105758547</u>	Unidad <u>Sagamos</u>
--	-----------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleinas		
09/09/20	X			X						X	epp	
10/09/20	X			X						X	epp	
17/09/20	X			X						X	epp	
19/09/20	X			X						X	epp	
15/09/20	X			X						X	epp	
16/09/20	X			X						X	epp	
17/09/20	X			X						X	epp	
18/09/20	X			X						X	epp	
19/09/20	X			X						X	epp	
20/09/20	X			X						X	epp	
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Daisy Vargas identificado (a) con CC: 105758547, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Dayana Dora	Cédula 10575718	Unidad Farmacia
---	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monogüis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
9 9 2020	X			X							X	Elementos EPP	[Firma]
10 9 20	X			X							X	Elementos EPP	[Firma]
11 9 20	X			X							X	Elementos EPP	[Firma]
12 9 20	X			X							X	Elementos EPP	[Firma]
14 9 20	X			X							X	Elementos EPP	[Firma]
15 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]
16 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]
17 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]
18 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]
19 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]
21 9 20	X			X							X	Elementos EPP	[Firma]
22 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]

Yo, Dayana Dora Identificado (a) con CC: 10575718 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Mabel Arellano Sandoz	Cédula 46672546	Unidad
---	---------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monogüis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
9 9 20	X			X							X	Elementos EPP	[Firma]
10 9 20	X			X							X	Elementos EPP	[Firma]
11 9 20	X			X							X	Elementos EPP	[Firma]
14 9 20	X			X							X	Elementos EPP	[Firma]
15 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]
16 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]
17 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]
18 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]
19 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]
21 9 20	X			X							X	Elementos EPP	[Firma]
22 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]
23 9 20	X			X								Elementos EPP	[Firma]

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
HERNANDEZ HERNANDEZ DEISA C.	1.091631798	C.EXT.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
08/09/20				X						X			[Firma]
09/09/20				X						X			[Firma]
10/09/20				X						X			[Firma]
11/09/20				X						X			[Firma]
14/09/20				X						X			[Firma]
15/09/20				X						X			[Firma]
16/09/20				X						X			[Firma]
17/09/20				X						X			[Firma]
18/09/20				X						X			[Firma]
19/09/20				X						X			[Firma]
21/09/20				X						X			[Firma]
22/09/20				X						X			[Firma]

Yo, Corolino Hernandez H. Identificado (a) con CC: 1.091631798 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Luis Roldán Gaitán Vergara	1058272787	Jersalud Seguimiento

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pelotas			
09/09/20				X						X		EPP.	[Firma]
10/09/20				X						X		EPP	[Firma]
11/09/20				X						X		EPP	[Firma]
12/09/20				X						X		EPP	[Firma]
14/09/20				X						X		EPP	[Firma]
15/09/20				X						X		EPP	[Firma]
16/09/20				X						X		EPP	[Firma]
17/09/20				X						X		EPP	[Firma]
18/09/20				X						X		EPP	[Firma]
19/09/20				X						X		EPP	[Firma]
20/09/20				X						X		EPP	[Firma]
21/09/20				X						X		EPP	[Firma]

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Controladora Nacional: 018000910303
VIGILADO



4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL					F(GTH)033	
							Versión: 3	
							ago-19	
							1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos			Cédula			Unidad		
INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO								

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 04 20				X								
17 04 20				X								
18 04 20				X								
19 04 20				X								
21 04 20				X					X			
22 04 20				X								
23 04 20				X								
24 04 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL					F(GTH)033	
							Versión: 3	
							ago-19	
							1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos			Cédula			Unidad		
SAMIRA LUCERO CASTELLANOS								

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 04 20				X								
17 04 20				X								
18 04 20												
19 04 20												
21 04 20												
22 04 20												
23 04 20												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Corrala Nacional: 018000910302
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos: **GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO** Cédula: **[]** Unidad: **[]**

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 09 20				X								
17 09 20				X								
18 09 20				X								
21 09 20	X			X								
22 09 20				X				X				
23 09 20				X								
24 09 20				X								
DD MM AA				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos: **JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA** Cédula: **1053348199** Unidad: **[]**

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 09 20	X			X								
17 09 20				X								
18 09 20				X								
19 09 20				X								
21 09 20	X			X								
22 09 20				X								
23 09 20				X								
24 09 20	X			X								
DD MM AA				X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



Jersalud S.A.S. **FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

Apellidos y Nombres Completos: **SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN** Cédula: **1053340626** Unidad: _____

F(GTH)033
Versión: 3
ago-19
1 de 1

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmias				
16 09 20														
17 09 20				X										
18 09 20				X										Shirley
21 09 20	X			X										Shirley
22 09 20				X					X					Shirley
23 09 20				X										Shirley
DD MM AA				X										Shirley
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 información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 S.A.S. **FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

Apellidos y Nombres Completos: **LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA** Cédula: **1053338996** Unidad: **Chiepinguirá**

F(GTH)033
Versión: 3
ago-19
1 de 1

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmias				
16 09 2020														
17 09 2020				X										
18 09 2020				X										
21 09 2020				X										
22 09 2020				X					X					
23 09 2020	X			X										
24 09 2020				X					X					
DD MM AA				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, _____ Identificado (a) con CC: _____, Recibo a conformidad los elementos de información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000190332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos: **MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ** Cédula: **4053342812** Unidad: _____

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17/09/2020				X									
18/09/2020				X									Melissa C
19/09/2020				X									Melissa C
24/09/2020	X			X					X				Melissa C
22/09/2020				X									Melissa C
23/09/2020				X									Melissa C
24/09/2020				X									Melissa C
DD MM AA				X									Melissa C
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.

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

Apellidos y Nombres Completos: **ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ** Cédula: _____ Unidad: _____

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16/09/20				X									Erika Saucedo
17/09/20				X									Erika Saucedo
18/09/20				X									Erika Saucedo
21/09/20	X			X					X				Erika Saucedo
22/09/20				X									Erika Saucedo
23/09/20				X									Erika Saucedo
24/09/20				X									Erika Saucedo
DD MM AA				X									Erika Saucedo
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: 018000910303
VIGILADO



4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Caicedo Aulia Fanny Karleny	33676330	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 09 20	X	X	X	X		X			X	X		[Firma]
21 09 20	X	X	X	X		X			X	X		[Firma]
22 09 20	X	X	X	X		X			X	X		[Firma]
23 09 20	X	X	X	X		X			X	X		[Firma]
24 09 20	X	X	X	X		X			X	X		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Fanny Caicedo Aulia 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Armando J. Dominguez Martinez	531407	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 09 20		X	X	X	X	X			X			[Firma]
25 09 20		X	X	X	X	X			X			[Firma]
26 09 20		X	X	X	X	X			X			[Firma]
27 09 20		X	X	X	X	X			X			[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910333



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Castillo Morales Jaidy Andrea	104884641	Coroico

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 2020	X			✓							✓		Jaidy Castillo
21 09 2020	✓			✓							✓		Jaidy Castillo
22 09 2020	✓			✓							✓		Jaidy Castillo
23 09 2020	✓			✓							✓		Jaidy Castillo
24 09 2020	✓			✓							X		Jaidy Castillo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jaidy Andrea Castillo Identificado (a) con CC: 104884641, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Camelo Suarez Mary	33676746	Coroico

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 2020	X			X							X		Mary Camelo
21 09 2020	X			X							X		Mary Camelo
22 09 2020	X			X							X		Mary Camelo
23 09 2020	X			X							X		Mary Camelo
24 09 2020	X			X							X		Mary Camelo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Nacional de Bioseguridad S.A.S.
 Calle Comercio Nacional, 018000193832
VIGILADO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
 Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Septiembre**
 4.1.6 Entrega elementos de protección personal sede Guateque



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

Apellidos y Nombres Completos PUPO MORENO MELISSA	Cédula 1045725347	Unidad Asistencia
---	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 20			X	X		X			X				
19 09 20			X	X		X			X				
21 09 20			X	X		X			X				
22 09 20			X	X		X			X				
23 09 20			X	X		X			X				
24 09 20			X	X		X			X				
25 09 20													
26 09 20													
27 09 20													
28 09 20													

Yo, Melissa Pupo Moreno identificado (a) con CC: 1045725347, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 YOLY ROMERO	Cédula 7014188587	Unidad Administrativa
---	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 20	X			X					X				
19 09 20	X			X					X				
21 09 20	X			X					X				
22 09 20	X			X					X				
23 09 20	X			X					X				
24 09 20	X			X					X				
25 09 20													
26 09 20													
27 09 20													
28 09 20													

Yo, Yoly Romero identificado (a) con CC: 7014188587, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 01800010303
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yanibe Velazquez	1049795603	Groteque

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 9 20	x			x					x				Yanibe Velazquez
19 9 20	x			x					x				Yanibe Velazquez
20 9 20	x			x					x				Yanibe Velazquez
21 9 20	x			x					x				Yanibe Velazquez
23 9 20	x			x					x				Yanibe Velazquez
24 9 20	x			x					x				Yanibe Velazquez
DD MM AA													Yanibe Velazquez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Yanibe Velazquez Identificado (a) con CC: 1049795603, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daniela Castro	109970912	Administración

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 09 20	x	x	x	x		x			x				Daniela Castro
19 09 20	x	x	x	x		x			x				Daniela Castro
21 09 20	x	x	x	x		x			x				Daniela Castro
22 09 20	x	x	x	x		x			x				Daniela Castro
23 09 20	x	x	x	x		x			x				Daniela Castro
24 09 20	x	x	x	x		x			x				Daniela Castro
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Daniela Castro Identificado (a) con CC: 109970912, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
García, Dora Diana Paola	102052786	Cariapa - Guatagay

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogata de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18/09/20	X	X	X	X		X	X	X	X	X		Diana
21/09/20	X	X	X	X		X	X	X	X	X		Diana
22/09/20	X	X	X	X		X	X	X	X	X		Diana
23/09/20	X	X	X	X		X	X	X	X	X		Diana
24/09/20	X	X	X	X		X	X	X	X	X		Diana
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diana García identificado (a) con CC: 102052786. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	51990459	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
	Coifa	Monogata de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21/09/20				X					X			LUZ
27/09/20				X								LUZ
23/09/20				X								LUZ
24/09/20				X								LUZ
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 BLANCO ARENAS IVONNE ANDREA	Cédula 63529281	Unidad MONIQUIRA
---	---------------------------	----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 09 20				X						X		
22 09 20				X								
23 09 20				X								
24 09 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.

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

Apellidos y Nombres Completos NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	Cédula 63362434	Unidad MONIQUIRA
--	---------------------------	----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 09 20				X								
22 09 20				X								
23 09 20				X								
24 09 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

Apellidos y Nombres Completos GARCIA ARIAS DEISY JANETH	Cédula 53081059	Unidad 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		
21 09 20				X					X			Deisy Garcia
22 09 20				X								Deisy Garcia
23 09 20				X								Deisy Garcia
24 09 20				X								Deisy Garcia
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos SAENZ RUIZ LEIDY YASMITH	Cédula 1054682570	Unidad MONQUIRA
--	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 09 20				X					X			Leidy Saenz
22 09 20				X								Leidy Saenz
23 09 20				X								Leidy Saenz
24 09 20				X								Leidy Saenz
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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 Corrala Nacional: 01800019033
VIGILADO



4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá

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

Apellidos v Nombres Completos FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	Cédula 23452508	Unidad JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ
---	----------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18/09/2020				1								<i>Flor Isabel Serrano</i>
19/09/2020				1		1						<i>Flor Isabel Serrano</i>
21/09/2020	1			1	1	6			1		N95 Para uso exclusivo de toma de muestras de laboratorio	<i>Flor Isabel Serrano</i>
22/09/2020				1		5						<i>Flor Isabel Serrano</i>
23/09/2020				1		5						<i>Flor Isabel Serrano</i>
24/09/2020				1								<i>Flor Isabel Serrano</i>
DD/MM/AA				1								<i>Flor Isabel Serrano</i>

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18/09/2020				1	1	2						<i>Maria Paula Campos</i>
22/09/2020	1			1		1			1			<i>Maria Paula Campos</i>
23/09/2020				1		1					uso de N95 Exclusivo para atención de pacientes presenciales uso de respirador M500 con filtro M400	<i>Maria Paula Campos</i>
24/09/2020				1		2						<i>Maria Paula Campos</i>
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												

Yo, Maria Paula Campos Buitrago identificado (a) con CC: 1140868607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
18/9/2020					1									<i>[Signature]</i>
19/9/2020					1									<i>[Signature]</i>
21/9/2020	1				1						1	N 95 Para uso exclusivo para atención de pacientes en consulta de manera presencial		<i>[Signature]</i>
22/9/2020					1									<i>[Signature]</i>
23/9/2020					1									<i>[Signature]</i>
24/9/2020					1									<i>[Signature]</i>
DD/MM/AA					1									<i>[Signature]</i>

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
18/9/2020					1									<i>[Signature]</i>
21/9/2020	1				1						1			<i>[Signature]</i>
22/9/2020					1									<i>[Signature]</i>
23/9/2020					1									<i>[Signature]</i>
24/9/2020					1									<i>[Signature]</i>
DD/MM/2020					1									<i>[Signature]</i>
DD/MM/AA														
DD/MM/AA														
DD/MM/AA														
DD/MM/AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000190333
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Carita desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Palañas			
18 9 2020				1									Milder A Martinez
19 9 2020				1									Milder A Martinez
21 9 2020	1			1					1				Milder A Martinez
22 9 2020				1									Milder A Martinez
23 9 2020				1									Milder A Martinez
24 9 2020				1									Milder A Martinez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

3.2 Evidencia entrega de elementos de protección personal Regional Meta

3.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio

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

Apellidos y Nombres Completos Velasquez Gidy Gisely	Cédula 1121821832	Unidad Asistencial
--	------------------------------------	-------------------------------------

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

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

Yo, Gidy Gisely Velasquez Identificado (a) con CC: 1121821832 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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



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

Apellido y Nombre Completo: Puentes Juan Camilo C.C.D.T. No: 1019121833 Unidad: Asistencia

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

Fecha (D/M/A)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cable	Monografía de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 9 2020	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-		
17 9 2020	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-		
18 9 2020	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-		
19 9 2020	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-		
20 9 2020												
21 9 2020	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-		
22 9 2020	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-		
23 9 2020	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-		
24 9 2020	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-		
25 9 2020	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-		
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

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

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

Apellido y Nombre Completo: Sabagal Arias Gamile C.C.D.T. No: 40392862 Unidad: Asistencia

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

Fecha (D/M/A)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cable	Monografía de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 9 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
17 9 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
18 9 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
19 9 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
20 9 2020												
21 9 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
22 9 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
23 9 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
24 9 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
25 9 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

Yo, Gamile Sabagal Arias Identificado (a) con CC: 40392862, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Avila Omar</u>	Cédula <u></u>	Unidad <u>Asistencial</u>
--	-------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopis de seguridad	Casco ajustable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16	9	2020	1										
17	9	2020	1										
18	9	2020											
19	9	2020											
20	9	2020											
21	9	2020											
22	9	2020	1						1				
23	9	2020											
24	9	2020	1						1				
25	9	2020											
26	9	2020											
27	9	2020											
28	9	2020											
29	9	2020											
30	9	2020											

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Wilmer Julian Velazquez</u>	Cédula <u>X</u>	Unidad <u>Jersalud Vico</u>
---	--------------------	--------------------------------

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

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

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos Diana Conrado Loa	Cédula 40396855	Unidad Jersalud Vicio
---	---------------------------	---------------------------------

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

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

Yo, Diana Conrado Loa 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 Paola Tumbala	Cédula	Unidad ADMIN
---	---------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14	08	20				X							
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

Yo, Paola Tumbala P. Identificado (a) con CC: 1121926326, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033
			Versión: 3
Apellidos y Nombres Completos: Luis Acosta, Antony Gutierrez, Wilson Gutierrez			Cédula:
Unidad: Asistencial			ago-19
			1 de 1

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 688 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cable	Monopala de seguridad	Cintura desechable	Tapachinos desechables	Tapabocas No con válvula	Gauntos de látex	Gauntos de nitrilo	Gauntos de nylon	Bata desechable	Pollines			
16 09 20				X								JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	
17 09 20				X								JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	
18 09 20				X								JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	
19 09 20				X								JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	
21 09 20				X								JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Gutierrez	
22 09 20				X								JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Gutierrez	
23 09 20				X								JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Gutierrez	
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													
00 00 00													

Yo, Luis Acosta, Antony Gutierrez, Wilson Gutierrez 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
Apellidos y Nombres Completos: Ange Corredo			Cédula: 1007449166
Unidad: Admin			ago-19
			1 de 1

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 688 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cable	Monopala de seguridad	Cintura desechable	Tapachinos desechables	Tapabocas No con válvula	Gauntos de látex	Gauntos de nitrilo	Gauntos de nylon	Bata desechable	Pollines		
17 09 20	X			X								
18 09 20				X								
21 09 20				X								
22 09 20				X								
23 09 20				X								
24 09 20				X								

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos Ange Machado	Cédula 1121930795	Unidad Asistencial
--	-----------------------------	------------------------------

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

Código	Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
		Cofia	Monopatín de seguridad	Cinturón desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Ponamas			
36	09/20				X								Gorro desechable	
17	09/20	X			X									
18	09/20	X			X									
19	09/20				X									
21	09/20				X									
22	09/20				X									
23	09/20				X									
24	09/20				X									
30	09/20													
31	09/20													
32	09/20													
33	09/20													
34	09/20													
35	09/20													
36	09/20													

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

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

Apellidos y Nombres Completos Gabriel Ballesteria	Cédula 1063154205	Unidad Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Código	Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
		Cofia	Monopatín de seguridad	Cinturón desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Ponamas			
36	09/20	X			X								Gorro desechable	
17	09/20	X			X									
18	09/20	X			X									
19	09/20				X									
21	09/20				X									
22	09/20				X									
23	09/20				X									
24	09/20	X			X									
30	09/20													
31	09/20													
32	09/20													
33	09/20													
34	09/20													
35	09/20													
36	09/20													

Yo, Gabriel Ballesteria Identificado (a) con CC: 1063154205, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

Apellidos y Nombres Completos Wilder NOVOA	Cédula 1121872800	Unidad Asistencial
--	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cable	Mochila de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 09 20				X							Como desechable	<i>[Signature]</i>
17 09 20	X			X								<i>[Signature]</i>
18 09 20	X			X								<i>[Signature]</i>
19 09 20				X								<i>[Signature]</i>
21 09 20				X								<i>[Signature]</i>
22 09 20				X								<i>[Signature]</i>
23 09 20				X								<i>[Signature]</i>
24 09 20				X								<i>[Signature]</i>

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

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

Apellidos y Nombres Completos Ruby Ruiz	Cédula 23623995	Unidad Asistencial
---	---------------------------	------------------------------

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

Fecha	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cable	Mochila de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 09 20				X							Carro desechable.	<i>[Signature]</i>
17 09 20	X			X								<i>[Signature]</i>
21 09 20				X								<i>[Signature]</i>
22 09 20				X								<i>[Signature]</i>
23 09 20				X								<i>[Signature]</i>
24 09 20				X								<i>[Signature]</i>

Yo, Ruby Ruiz identificado (a) con CC: 23623995, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Vanessa Parada	Cédula 1010066853	Unidad Asistencial
--	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha	Hora	Minutos	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma			
			Cofia	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
26	09	20				X										Garro desechable	<i>Vanessa Parada</i>
17	09	20	X			X											<i>Vanessa Parada</i>
18	09	20	X			X											<i>Vanessa Parada</i>
19	09	20				X											<i>Vanessa Parada</i>
21	09	20				X											<i>Vanessa Parada</i>
22	09	20				X											<i>Vanessa Parada</i>
23	09	20				X											<i>Vanessa Parada</i>
24	09	20				X											<i>Vanessa Parada</i>

Yo, Claudia Vanessa Parada identificado (a) con CC: 1010066853 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Ingrid Johana Cardenas	Cédula 1093755032	Unidad Asistencial
--	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha	Hora	Minutos	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma			
			Cofia	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
21	09	20				X											<i>Johana Cardenas</i>
22	09	20				X											<i>Johana Cardenas</i>
23	09	20				X											<i>Johana Cardenas</i>
24	09	20				X											<i>Johana Cardenas</i>

Yo, Ingrid Johana Cardenas identificado (a) con CC: 1093755032 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Cordoba Barrios	Cédula	Unidad Asistencial
---	---------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
18 09 20				X								Andrea Barrios
19 09 20				X								Andrea Barrios
21 09 20				X								Andrea Barrios
22 09 20				X								Andrea Barrios
23 09 20				X								Andrea Barrios
24 09 20				X								Andrea Barrios
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD 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 Edgardo Garcia	Cédula	Unidad Asistencial
--	---------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
22 09 20				X								[Firma]
23 09 20				X								[Firma]
23 09 20				X								[Firma]
24 09 20				X								[Firma]
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Erika Hernandez	1121876618	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con virus	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 09 20				X								Erika Erika Erika Erika Erika Erika Erika Erika Erika Erika
16 09 20				X							Gorro desechable.	
17 09 20	X			X								
18 09 20				X								
19 09 20				X								
21 09 20				X								
22 09 20				X								
23 09 20				X								
24 09 20				X								
25 09 20				X								

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Xiomara Olaya	1121860890	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con virus	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 09 20				X								Xiomara Xiomara Xiomara Xiomara Xiomara Xiomara Xiomara Xiomara Xiomara Xiomara
16 09 20				X							Gorro desechable	
17 09 20	X			X								
18 09 20				X								
19 09 20				X								
21 09 20				X								
22 09 20				X								
23 09 20				X								
24 09 20				X								
25 09 20				X								

Yo, Xiomara Olaya Mora Identificado (a) con CC: 1121860890, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

APELLIDOS Y Nombres Completos <u>Sebastian Falla</u>	Cédula <u>1121916803</u>	Unidad <u>Admin</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 de Entrega	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cable	Monogorra de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinias			
26/09/20				X									
17/09/20				X									
18/09/20				X									
21/09/20		X		X	X						X		
22/09/20		X		X	X						X		
23/09/20		X		X	X						X		
24/09/20		X		X	X						X		
25/09/20													
26/09/20													
27/09/20													
28/09/20													
29/09/20													
30/09/20													

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

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

APELLIDOS Y Nombres Completos <u>Olga Linares</u>	Cédula <u>40389814</u>	Unidad <u>Admin</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 de Entrega	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cable	Monogorra de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinias			
17/09/20				X									
18/09/20				X									
19/09/20				X									
21/09/20				X									
22/09/20				X									
23/09/20				X									
24/09/20				X									
25/09/20													
26/09/20													
27/09/20													
28/09/20													
29/09/20													
30/09/20													

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

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

Apellidos y Nombres Completos Marcela Acuña	Cédula 121.950.663	Unidad Asistencia
---	------------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 09 20				X									Marcela Acuña
2 09 20	X			X									Marcela Acuña
7 09 20				X									Marcela Acuña
18 09 20				X									Marcela Acuña
23 09 20				X									Marcela Acuña
24 09 20				X									Marcela Acuña

Yo, Marcela Acuña identificado (a) con CC: 121.950.663, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Paola Galindo	Cédula	Unidad Asistencia
---	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 09 20				X									Paola Galindo
7 09 20				X									Paola Galindo
24 09 20				X									Paola Galindo

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 Garcia Pinto	Cédula 1006829165	Unidad Administrativa
--	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 09 20				X								[Firma]
15 09 20				X								[Firma]
16 09 20				X								[Firma]
17 09 20				X								[Firma]
23 09 20				X								[Firma]
24 09 20				X								[Firma]

Yo, Garcia Pinto Identificado (a) con CC: 1006829165. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Grecia Teller	Cédula 1121846960	Unidad Asistencia
---	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
07 09 20	X			X								[Firma]
8 09 20				X								[Firma]
9 09 20				X								[Firma]
10 09 20				X								[Firma]
12 09 20				X								[Firma]
14 09 20				X								[Firma]
15 09 20				X								[Firma]
16 09 20				X								[Firma]
21 09 20				X								[Firma]
22 09 20				X								[Firma]
23 09 20				X								[Firma]
24 09 20				X								[Firma]

Yo, Grecia Yanara Teller Caballero Identificado (a) con CC: 1121846960. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Aza Isidro	Cédula A-120.504.110	Unidad Administrativo
--	--------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
2 09 20				X								[Firma]
9 09 20				X								[Firma]
22 09 20				X								[Firma]
26 09 20				X								[Firma]
22 09 20				X								[Firma]
23 09 20				X								[Firma]

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

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

Apellidos y Nombres Completos Mera Bonilla	Cédula	Unidad Admin
--	---------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
4 09 20				X								[Firma]
21 09 20				X								[Firma]
23 09 20				X								[Firma]

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Duran Villegas</u>	Cédula <u>1.127.340.578</u>	Unidad <u>PJM: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 (D/M/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceña	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NIK con velilla	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
18 09 20				X								Duran Flores
21 09 20				X								Duran Flores
22 09 20				X								Duran Flores
23 09 20				X								Duran Flores
24 09 20				X								Duran Flores
25 09 20												
26 09 20												
27 09 20												
28 09 20												
29 09 20												
30 09 20												

Yo, Duran Ferner Villegas Flores Identificado (a) con CC: 1127340578. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Ruth Baquero</u>	Cédula <u>40185140</u>	Unidad <u>Asistencia</u>
--	---------------------------	-----------------------------

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

Fecha (D/M/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceña	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NIK con velilla	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
21 09 20				X								Ruth Baquero
22 09 20				X								Ruth Baquero
24 09 20				X								Ruth Baquero
25 09 20												
26 09 20												
27 09 20												
28 09 20												
29 09 20												
30 09 20												

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Eileen Diaz	1000271662	Asist

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopara de seguridad	Carra desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 09 20				X								[Signature]
22 09 20				X								[Signature]
23 09 20				X								[Signature]
24 09 20				X								[Signature]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Eileen Daniela Diaz Morillo identificado (a) con CC: 1000271662, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Jenny Gutierrez		Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopara de seguridad	Carra desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 09 20				X								Jenny G.
22 09 20				X								Jenny G.
23 09 20				X								Jenny G.
24 09 20				X								Jenny G.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910333
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos Diana Duarte	Cédula	Unidad Admin
--	---------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pósters		
24 09 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												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diana Duarte Identificado (a) con CC: 52424636. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Angelis Larraga	Cédula 4034378	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. 696 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pósters		
16 9 2020												
17 9 2020												
18 9 2020												
19 9 2020												
20 9 2020												
21 9 2020	X											
22 9 2020	X			X		X						Angelis Larraga
23 9 2020	X			X		X						Angelis Larraga
24 9 2020												
25 9 2020												
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

Yo, Angelis Larraga Identificado (a) con CC: 4034378. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Gomez Darwin Miguel</u>	CODIGO <u>112829774</u>	Unidad <u>Asistencia</u>
---	----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cebs	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tepalcates desechables	Tepalcates NPS con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Pantallas		
16 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Met en casaca	Daniel
17 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Met en casaca	Daniel
18 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Met en casaca	Daniel
19 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Met en casaca	Daniel
20 9 2020												
21 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Met en casaca	Daniel
22 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Met en casaca	Daniel
23 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Met en casaca	Daniel
24 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Met en casaca	Daniel
25 9 2020												
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

Yo, Darwin Miguel Gomez identificado (a) con CC: 101829774, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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)003
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>Yeison Espinoza Novato</u>	CODIGO	Unidad <u>Jersalud 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 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cebs	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tepalcates desechables	Tepalcates NPS con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Pantallas		
16 9 2020												
17 9 2020												
18 9 2020												
19 9 2020												
20 9 2020												
21 9 2020												
22 9 2020						X						
23 9 2020	X			X		X						Yeison
24 9 2020	X			X		X						Yeison
25 9 2020												
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

Yo, Yeison Espinoza Novato 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: 01800019303
VIGILADO



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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: Cordoba Javanna CUI: UNIDAD: Asistencia

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

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

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

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: Arango Gina Karina CUI: UNIDAD: Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cebs	Monopie de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Verif	[Firma]
17 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Verif	[Firma]
18 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Verif	[Firma]
19 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Verif	[Firma]
20 9 2020													
21 9 2020													
22 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Verif	[Firma]
23 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Verif	[Firma]
24 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Verif	[Firma]
25 9 2020													
26 9 2020													
27 9 2020													
28 9 2020													
29 9 2020													
30 9 2020													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO

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

Apellidos y Nombre completos	Código	Unidad
Guerrero S. César A.	1092774101	COND. CAJINA

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 encl Art 2.2.4.6.24, 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	Cama desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaños de látex	Guaños de nitrilo	Guaños de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			
17 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			
18 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			
19 9 2020													
20 9 2020													
21 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			
22 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			
23 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			
24 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			
25 9 2020													
26 9 2020													
27 9 2020													
28 9 2020													
29 9 2020													
30 9 2020													

Yo, César A. Guerrero (Identificado (a) con CC: 1092774101), Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Nombre completos	Código	Unidad
Pey Adriana Lorena	1019071171	Asistencial

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 encl Art 2.2.4.6.24, 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	Cama desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaños de látex	Guaños de nitrilo	Guaños de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 9 2020	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-			
17 9 2020	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-			
18 9 2020	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-			
19 9 2020													
20 9 2020													
21 9 2020	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-			
22 9 2020	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-			
23 9 2020	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-			
24 9 2020	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-			
25 9 2020													
26 9 2020													
27 9 2020													
28 9 2020													
29 9 2020													
30 9 2020													

Yo, Adriana Lorena Pey (Identificado (a) con CC: 1019071171), Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres completos	Código	Unidad
Romero Jose Adelmo	86.080.094	Aerotencia

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										Observación	Firma
	Ceifa	Monopala de seguridad	Carpa desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 105 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pajamas		
16 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Contenido Verdad	
17 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Contenido Verdad	
18 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Contenido Verdad	
19 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Contenido Verdad	
20 9 2020												
21 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Contenido Verdad	
22 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Contenido Verdad	
23 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Contenido Verdad	
24 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Contenido Verdad	
25 9 2020												
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

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

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

Apellidos y Nombres completos	Código	Unidad
Navarro Maria Emilia	2.221.838.406	Aerotencia

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										Observación	Firma
	Ceifa	Monopala de seguridad	Carpa desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 105 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pajamas		
16 9 2020	X	X		X	X				X			
17 9 2020	X	X		X	X				X			
18 9 2020	X	X		X	X				X			
19 9 2020	X	X		X	X				X			
20 9 2020												
21 9 2020	X	X		X	X				X			
22 9 2020	X	X		X	X				X			
23 9 2020	X	X		X	X				X			
24 9 2020	X	X		X	X				X			
25 9 2020												
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

Yo, Maria Emilia Navarro identificado (a) con CC: 2.221.838.406. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellido y Nombre Completo Poci Torero Aroca Milena	CÓDIGO 3-321.898.957	UNIDAD Admon
---	--------------------------------	------------------------

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

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

Yo, Aroca Milena Poci, identificado (a) con CC: 3.321.898.957, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellido y Nombre Completo Bocanegra Diego Fernando	CÓDIGO 1107054334	UNIDAD Admon
---	-----------------------------	------------------------

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

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

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



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

Apellido y Nombres Completos Beltran Juli	CODIGO 40218844	Unidad Ulers
---	---------------------------	------------------------

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 1994, Dec. 685 de 1970 y Res. 48 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

FECHA (DIA/MES/AÑO)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cota	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas no desechables	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 9 2020	x	x	x	x								Juli B.
17 9 2020	x	x	x	x								Juli B.
18 9 2020	x	x	x	x								Juli B.
19 9 2020												
20 9 2020												
21 9 2020	x	x	x	x								Juli B.
22 9 2020	x	x	x	x								Juli B.
23 9 2020	x	x	x	x								Juli B.
24 9 2020	x	x	x	x								Juli B.
25 9 2020												
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

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

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

Apellido y Nombres Completos Joddy Leith Toms Martinez	CODIGO 1121891830	Unidad 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 1994, Dec. 685 de 1970 y Res. 48 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

FECHA (DIA/MES/AÑO)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cota	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas no desechables	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 9 2020	x	x		x		x			x			Mit en Consultorio	Joddy Toms
17 9 2020	x	x		x		x			x			Mit en Consultorio	Joddy Toms
18 9 2020	x	x		x		x			x			Mit en Consultorio	Joddy Toms
19 9 2020	x	x		x		x			x			Mit en Consultorio	Joddy Toms
20 9 2020													
21 9 2020													
22 9 2020													
23 9 2020													
24 9 2020													
25 9 2020													
26 9 2020													
27 9 2020													
28 9 2020													
29 9 2020													
30 9 2020													

Yo, **Joddy Leith Toms Martinez** identificado (a) con CC: **1121891830**, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Pojas July</u>	Cédula <u>40326034</u>	Unidad <u>Asistencia</u>
--	---------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cota	Monopata de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Kit con sut 2	
17 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Kit consult 2	
18 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Kit consultorio 2	
19 9 2020												
20 9 2020												
21 9 2020	A I S L A M I E N T O P R E V E N T I V O											
22 9 2020												
23 9 2020												
24 9 2020												
25 9 2020												
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

Yo, July Pojas, 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.

3.2.2 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>Leidy Horales</u>	Cédula <u>1.090394013</u>	Unidad <u>Puerto Gaitán</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
	Cota	Monopata de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 09 20				X					X		Gorro	
16 09 20				X					X		Gorro	
17 09 20				X					X		Gorro	
18 09 20				X					X		Gorro	
21 09 20				X					X		Gorro	
22 09 20				X					X		Gorro	
23 09 20				X					X		Gorro	
24 09 20				X					X		Gorro	
CC	MM	AA										
CC	MM	AA										
CC	MM	AA										
CC	MM	AA										

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos LA YADRO	Cédula 1729824204	Unidad Jersalud
--	-----------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	Pólmolas		
16 09 20				X					X			
17 09 20				X					X			
18 09 20				X					X			
21 09 20				X					X			
22 09 20				X					X			
23 09 20				X					X			
24 09 20				X					X			
01 10 20												
02 10 20												
03 10 20												
04 10 20												

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

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

Apellidos y Nombres Completos Juliana Rojas	Cédula 13920473	Unidad Jersalud
---	---------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	Pólmolas		
12 09 20				X					X			
14 09 20				X					X			
15 09 20				X					X			
16 09 20				X					X			
17 09 20				X					X			
18 09 20				X					X			
19 09 20				X					X			
22 09 20				X					X			
23 09 20				X					X			
24 09 20				X					X			
01 10 20												
02 10 20												

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

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

Apellidos y Nombres Completos Sandra Jairo	Cédula 1020806521	Unidad Jersalud
--	-----------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 886 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
12 09 20				X								gomo	[Firma]
14 09 20				X								gomo	[Firma]
15 09 20				X								gomo	[Firma]
16 09 20				X								gomo	[Firma]
17 09 20				X								gomo	[Firma]
18 09 20				X								gomo	[Firma]
21 09 20				X								gomo	[Firma]
22 09 20				X								gomo	[Firma]
23 09 20				X								gomo	[Firma]
24 09 20				X								gomo	[Firma]
CC													
CC													

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

3.2.3 Entrega elementos de protección personal sede Puerto López

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

Apellidos y Nombres Completos ANGELA NATALIA MEDINA SUAREZ	Cédula 1020806521	Unidad CONSULTA EXTERNA
--	-----------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 886 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 9 2020				X		X			X				Angela Med
16 9 2020				X		X			X				Angela Med
17 9 2020				X		X			X				Angela Med
19 9 2020	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//	NO HUBO CONSULTA	//
19 9 2020	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//

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

Apellidos y Nombres completos ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	Código 1121925239	Ubicación 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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Nº	Sexo	Fecha de nacimiento	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
			Casco	Mantenido en seguridad	Cablea desmontable	Trabajadores que operan	Trabajadores que operan con y sin ruido	Guantes de látex	Bata de protección	Guantes de nitrilo	Guantes de látex	Bata desechable			Pañuelos
1	♀	2020				X							X		
2	♀	2020				X							X		
3	♀	2020				X							X		
4	♀	2020				X							X		
5	♀	2020				X							X		
7	♀	2020				X							X		
8	♀	2020				X							X		
9	♀	2020				X							X		
10	♀	2020				X							X		
11	♀	2020				X							X		
14	♀	2020				X							X		
15	♀	2020				X							X		
16	♀	2020				X							X		
17	♀	2020				X							X		
19	♀	2020				X							X		
15	♀	2020				X							X		
21	♀	2020				X							X		
22	♀	2020				X							X		
23	♀	2020				X							X		
24	♀	2020				X							X		
25	♀	2020													
28	♀	2020													
29	♀	2020													
30	♀	2020													

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

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



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

Nombre y Apellidos completos MARLY YULIETH GARCIA CALDERON	Código 1121947473	Actividad CONSULTA EXTERNA
--	-----------------------------	--------------------------------------

Confirma a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 982 de 1994, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y confirma a la establecida en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 así 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	
	Cable	Monopala de seguridad	Cable desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas FDS con valvula	Pantallas de latex	Guañas de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Reloj
1 9 2020				X						X			Marly G
2 9 2020				X						X			Marly G
3 9 2020				X						X			Marly G
4 9 2020				X						X			Marly G
5 9 2020				X						X			Marly G
7 9 2020				X						X			Marly G
8 9 2020				X						X			Marly G
9 9 2020				X						X			Marly G
10 9 2020				X						X			Marly G
11 9 2020				X						X			Marly G
14 9 2020				X						X			Marly G
15 9 2020				X						X			Marly G
16 9 2020				X						X			Marly G
17 9 2020				X						X			Marly G
19 9 2020				X						X			Marly G
19 9 2020				X						X			Marly G
21 9 2020				X						X			Marly G
22 9 2020				X						X			Marly G
23 9 2020				X						X			Marly G
24 9 2020				X						X			Marly G
25 9 2020													
28 9 2020													
29 9 2020													
30 9 2020													

Yo, MARLY YULIETH GARCIA CALDERON identificado (a) con CC: 1121947473, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, abastecimiento y cambio de los mismos. Al 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



3.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 9 2020	X			X		X			X				<i>[Signature]</i>
22 9 2020				X		X							<i>[Signature]</i>
23 9 2020				X		X							<i>[Signature]</i>
24 9 2020				X		X							<i>[Signature]</i>
25 9 2020				X		X							<i>[Signature]</i>
26 9 2020				X		X							<i>[Signature]</i>

Yo, NAIRA GUERRA VARGAS Identificado (a) con CC: 1121889427, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 9 2020	X			X		X							<i>[Signature]</i>
22 9 2020				X		X							<i>[Signature]</i>
23 9 2020				X		X							<i>[Signature]</i>
24 9 2020				X		X							<i>[Signature]</i>
25 9 2020				X		X							<i>[Signature]</i>
26 9 2020				X		X							<i>[Signature]</i>

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
21/09/2020	X			X		X			X			
22/09/2020				X		X						
23/09/2020				X		X						
24/09/2020				X		X						
25/09/2020				X		X						
26/09/2020				X		X						

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
21/09/2020	X			X					X			
22/09/2020				X								
23/09/2020				X								
24/09/2020				X								
25/09/2020				X								
26/09/2020				X								

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 9 2020	X			X		X			X			
22 9 2020				X		X						
23 9 2020				X		X						
24 9 2020				X		X						
25 9 2021				X		X						
26 9 2020				X		X						

Yo, NOHORA ALEJANDRA PIRABAN Identificado (a) con CC: 1 122 120 131, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

3.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	40448789	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	Monogafis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 9 2020				X		X			X			
22 9 2020				X		X						
23 9 2020				X		X						
24 9 2020				X		X						
25 9 2020				X		X						
26 9 2020				X		X						

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	40446687	ADMINISTRATIVO

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
07/09/2019				X		X			X			<i>Lu Esperanza Guerrero Obando</i>
08/09/2019				X		X			X			<i>Lu Esperanza Guerrero Obando</i>
09/09/2019				X		X			X			<i>Lu Esperanza Guerrero Obando</i>
10/09/2019				X		X			X			<i>Lu Esperanza Guerrero Obando</i>

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
DIANA MARCELA SANCHEZ	1120364043	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
07/09/2019				X		X			X			<i>Diana Marcela Sanchez</i>
08/09/2019				X		X			X			<i>Diana Marcela Sanchez</i>
09/09/2019				X		X			X			<i>Diana Marcela Sanchez</i>
10/09/2019				X		X			X			<i>Diana Marcela Sanchez</i>

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
ANDREA SANTOS	40449526	ASISTENCIAL

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.8.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
21	8	2019			X		X			X			
22	8	2019			X		X						
23	8	2019			X		X						
24	8	2019			X		X						
27	8	2019			X		X						

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
JAVIER HERRERA	86069207	ASISTENCIAL

Conforme a la 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 2.2.4.8.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
21	8	2019			X		X			X			
22	8	2019			X		X						
23	8	2019			X		X						
24	8	2019			X		X						
27	8	2019			X		X						

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MARIAN GISELLE CASTRO	1121827319	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
21	8	2019			X					X			<i>Marian Giselle Castro</i>
22	9	2019			X						X		
23	8	2019			X								
24	9	2019			X								
25	8	2019			X					X			

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

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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pelotas			
21	8	2019			X					X			<i>Diego A Baron Quintero</i>
22	8	2019			X								
23	8	2019			X								
24	8	2019			X								
25	8	2019			X					X			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
HERNAN DARIO RAMOS	97611226	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
07/09/2020				X		X			X			Hernan R.
08/09/2020				X		X						Hernan R.
09/09/2020				X		X						Hernan R.
10/09/2020				X		X						Hernan R.
21/09/2020				X		X						Hernan R.

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

3.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare

3.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Amenda Barrera Tolosa	23726655	Yopal

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08/09/2020				↓								Amenda B.
10/09/2020				↓								Amenda B.
11/09/2020				↓								Amenda B.
14/09/2020				↓								Amenda B.
15/09/2020				↓								Amenda B.
16/09/2020				↓								Amenda B.
27/09/2020				↓								Amenda B.
22/09/2020			↓	↓							Careta reutilizable	Amenda B.
23/09/2020				↓								Amenda B.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Amenda Barrera Tolosa Identificado (a) con CC: 23726655, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Mariluz Martinez Alfonso
1778700094
Asistencial - Farmacia.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Mongoles de seguridad	Cintas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poliniz	Observaciones	Firma
21 09 2020				1								Mariluz Martinez A Mariluz Martinez A Mariluz Martinez A
22 09 2020			1	1							Redes reutilizables	
23 09 2020				1								

Yo, Mariluz Martinez Alfonso identificado (a) con CC: 1778700094, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Natalia Velasquez.

Coordinadora Asistencial-sede.

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en 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	Mongoles de seguridad	Cintas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poliniz	Observaciones	Firma
24 09 2020	1								1			Natalia

Yo, Natalia Velasquez 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: 018000970332
VIGILADO



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

Duarte Santo Cesar Alberto 1047433183 Med. General / Asistencial

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 902 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Cable	Monitores de seguridad	Cable desechable	Tasadores desechables	Tasadores NSS con vehículo	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pañales	Observaciones	Firma
18/09/20				1	1							<i>aw</i>
21/09/20				1								<i>aw</i>
22/09/20				1								<i>aw</i>
23/09/20				1								<i>aw</i>
24/09/20				1								<i>aw</i>

Yo, Cesar Duarte identificado (a) con CC: 1047433183 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Kelly Vanessa Ruiz 1010201040 Med. General / 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. 902 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Cable	Monitores de seguridad	Cable desechable	Tasadores desechables	Tasadores NSS con vehículo	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pañales	Observaciones	Firma
15/09/20				1								<i>Vann Ruiz</i>
16/09/20				1								<i>Vann Ruiz</i>
17/09/20				1								<i>Vann Ruiz</i>
18/09/20				1								<i>Vann Ruiz</i>

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sandra Torres	33379545	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NB5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmox		
22 09 2020	+	+		+	+				+	+	Garbes a necesidad disponibilidad	[Signature]
22 09 2020	+	+		+					+	+		
23 09 2020				+					+	+		
24 09 20				+	+							
DD MM AA												
24 09 20					+							
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Sandra Patricia Torres, Identificado (a) con CC: 33379545, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Zully Mariana Hernandez Martinez	1007854257	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NB5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmox		
22 09 20			+	X					X		Careta reutilizable.	[Signature]
22 09 2020				X								
23 09 2020				X								
24 09 20				X								
DD MM AA												

Yo, Zully Mariana Hernandez M., Identificado (a) con CC: 1007854257, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

Ceciel Patiño Natalia	1118 570 378	Aux. Enfermería/Asistencial
-----------------------	--------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSS con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de Nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
15 09 20				1								
16 09 20				1								
17 09 20				1								
18 09 20				1								

Yo, Ceciel Patiño Natalia identificado (a) con CC: 1118 570 378, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Sara Ojeda Parales	1116 774 825	Asistencial - Aux enfermería
--------------------	--------------	------------------------------

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	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSS con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de Nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
21 09 2020		1	1	1							Reutilizable.	
22 09 2020				1								

Yo, Sara Ojeda Parales identificado (a) con CC: 1116 774 825, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

Ailyn Lvette Rodriguez 1118.550 Aux. Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cofia	Mangas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSS con velcro	Gautes de lino	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pajinas	Observaciones	Firma
09	09	20				1								
08	09	20				1								
09	09	20				1								
10	09	20				1								
11	09	20				1								
14	09	20				1								
15	09	20				1								
16	09	20				3								
21	09	2020				1								
22	09	2020				1								

Yo, Ailyn Lvette 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

Socha Yorz 1118 574 733 Asistente / Administrativo

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cofia	Mangas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSS con velcro	Gautes de lino	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pajinas	Observaciones	Firma
15	09	20				1								
16	09	20				1								
17	09	20				1								
18	09	20				1								
21	09	2020				1								
22	09	2020				1								
23	09	2020				1								
24	09	2020				1								

Yo, Yorz Socha Identificado (a) con CC: 1118574733. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor 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: Martha Cordoba Estepa
 Cédula: 33480734-
 Unidad: Asistencia - Farmacia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
21 09 2020				1								
22 09 2020			1	1								Martha C.
23 09 2020				1							Careta reutilizable.	Martha C.

Yo, Martha Cecilia Cordoba Identificado (a) con CC: 33480734. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: María Alejandra Vargas Palacios
 Cédula: 111855080
1090425295
 Unidad: Administrativo

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
08 09 2020				1								
10 09 2020				1								
11 09 2020				1								
14 09 2020				1								
16 09 2020				1								
19 09 2020				1								
21 09 2020				1								
22 09 2020			1	1								

Yo, María Alejandra Vargas Palacios Identificado (a) con CC: 1090425295. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Adriana Victoria Corredor	40402032	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monocapa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólmias		
11 09 2020				↓								Adriana C.
14 09 2020				↓								Adriana C.
15 09 2020				↓								Adriana C.
16 09 2020				↓								Adriana C.
21 09 2020				↓								Adriana C.
22 09 2020			↓	↓							Carta reutilizable	Adriana C.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Adriana V. Corredor Identificado (a) con CC: 40402032, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Nelsy Johana Santos	52704266	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	Monocapa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólmias		
10 09 2020				X								X Nelsy Johana S.
11 09 2020				X								X Nelsy Johana S.
14 09 2020				X								X Nelsy Johana S.
17 09 2020				X								X Nelsy Johana S.
22 09 2020			X	X							Carta reutilizable	Nelsy Johana S.
23 09 20				X								Nelsy Johana S.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Nelsy Johana Santos S. Identificado (a) con CC: 52704266, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos: Gonzalez Cuevas Ysella
 Cédula: 47441197
 Unidad: Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
12/09/20												
14/09/20												
15/09/20												
16/09/20												
17/09/20												
18/09/20												
19/09/20												
20/09/20												
21/09/20												
22/09/20												
23/09/20												
24/09/20												

Yo, Ysella Gonzalez Cuevas, identificado (a) con CC 47441197, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos: Ysella Gonzalez Cuevas
 Cédula: 47441197
 Unidad: Med. Interna / 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		
24/09/20	1			1	1				1			Ysella A. Cuevas
DD/ MM/ AA												
DD/ MM/ AA												
DD/ MM/ AA												
DD/ MM/ AA												
DD/ MM/ AA												
DD/ MM/ AA												
DD/ MM/ AA												
DD/ MM/ AA												
DD/ MM/ AA												
DD/ MM/ AA												
DD/ MM/ AA												
DD/ MM/ AA												
DD/ MM/ AA												
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: 01800019033
VIGILADO



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

<u>Juan Durio Hernandez</u>	<u>1053538208</u>	
-----------------------------	-------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cable	Manejos de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas desechables NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas	Observaciones	Firma
21	09	20					1				1			

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

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

<u>Sneider Maratón</u>	<u>19953025</u>	<u>Asistencia</u>
------------------------	-----------------	-------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cable	Manejos de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas desechables NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas	Observaciones	Firma
21	09	2020					1				1			

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


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 018000910303
 VIGILADO



4. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

5.1.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Tunja

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	JULIAN MORENO	AUXILIAR SERVICIO CLIENTE	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	SANDRA MILENA PIÑERO S	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	ANA SILVIA PEÑA	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	JULIANA ARIAS	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	KAREN FLOREZ RANGEL	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

TOTAL	11	0	4	PUNTAJE	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE
P	100%				



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	LEIDY DAYANA MONROY	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES 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	11	0	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	NIDIA SAENZ	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 24 de Septiembre del 2020
 Unidad Central Operativa, 010001010302
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	LASTIS ISABEL DIAZ	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	MARIA CECILIA RODRIGUEZ	LINEA DE FRENTE	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	DIEGO ALEJANDRO ROJAS	LINEA DE FRENTE	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	ANDERSON VACCA	LINEA DE FRENTE	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	FABIO ANDRÉS PARADA	ADMINISTRATIVO	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	DORIS MAYORGA	AUX ADMIN	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

TOTAL	10	0	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	JUAN CESAR HIGUERA	ADMINISTRATIVA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

TOTAL	10	1	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	JOAN FONSECA	PSICOLOGIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea Correo Nacional: 018000910303
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
24/09/2020	JHON LORA ESCANDON	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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


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

TOTAL	13	1	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional 1, Bogotá D.C.
 Teléfono: 01 (800) 919333

VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	VLADIMIR BAUTISTA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	JOEL ANTONIO DURAN	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	JOSE GREGORIO MOLINA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	JENNIFER MATEUS	TRABAJO SOCIAL	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

TOTAL	10	1	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	91%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	GILMA LILIANA ROA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	GERSSON GONZALEZ	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	MARIA ISABEL MORENO	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	SANDRA TORRES	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	LUZ MARINA MOJICA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	LUZ AMPARO AYALA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	CLAUDIA MONTAÑEZ	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 01 de Septiembre del 2020
 Vigilado



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	MONICA PAOLA FLOREZ	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

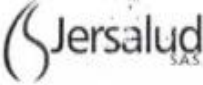
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



5.1.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Duitama

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Sofia Chirano	Administrativa	

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 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
24-09-2020	Oswaldo Gutierrez	Asistencial	

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Vigilancia y Control de Alimentos (DIGESA)
 Lima, Correo Electrónico: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Lenín Rodríguez	Asistencia	


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Nancy Magallon	Asistencial	


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 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
24-09-2020	Angela Fajardo	Asistencia	

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


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

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

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910332



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2019	Miriam Buitrago	FARMACIA	

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Sonia Pira	Farmacía	

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20-09-2020	Lina Zebala	Farmacía	

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Diana Cercado	Asistencia	

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Cometa No. 100, Bogotá, D.C.
 Teléfono: (57) 201 9000000
 Correo electrónico: info@super.gov.co
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2019	Diana Alvarado	Asistencial	

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Cometa No. 100, Bogotá, D.C. - Teléfono: (01) 2600910332
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24.04.2020	Alejandra Pinzon	Administrativo	

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24.04.2020	Hidaly Triana	Administrativa	

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910332
 Línea Correo Nacional: 01 8000 910332
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24.04.2020	Lina Araque	Administrativa	

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

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

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Glory Avendaño	Asistencial	

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


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910302
VIGILADO



5.1.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Sogamoso

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/09/2020	ELIDA MARIA DE AGUA S	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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	MEDICO

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Bogotá D.C.
 Línea Central Nacional: 01800010303
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23/09/2020	DAYANA PINZON	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23/09/2020	ANA ROMERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23/09/2020	MILENA QUINTERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/09/2020	DEISY VARGAS	CONSULTA EXTERNA SOGAMO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos
 Vigilancia Epidemiológica
 Línea de Control Nacional: 0180001910333
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	SERGIO CELY	CONSULTA EXTERNA SOGAMOZO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/09/2020	SANDRA MALAVER	CONSULTA EXTERNA \$OGAMO\$O	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
22/09/2020	LEIDY RUTH GAITAN	CONSULTA EXTERNA SOGAMOÑO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	CESAR CARRILLO	CONSULTA EXTERNA SOGAMOZO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/09/2020	SEBASTIAN RIVERA	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea Correo 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
22/09/2020	CONSTANZA BENAVIDEZ	CONSULTA EXTERNA SOGAMOÑO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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



5.1.4 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Chiquinquirá

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Samira Castellanos	Chiquinquirá	Heidy Burtrago

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 010001910302
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Natalia Lozano	Chiquingura	Heidy Butrigo

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910332
 Línea de Consulta Nacional: 01 8000 910332
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Leidy Joana B	Chiquinquira	Leidy Buitrago

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Enka Saucedo	Medico Gral	Jedy Bartragos


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Gloria Balbasteros	Chiquinquira	Leidy Burbages

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 016000190332
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23-09-2020	Shirley Rencanco	Chiquingura	Leidy Burfago

Calificación del evaluador: 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.	Y			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	Y			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 01600010303



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-09-2020	Juliana Sorez	Chiquinquira	deidy Butrago

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Melissa Corderos	Chigquirá	Leidy Buitrago

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Jennifer Romero	Chiquinquira	Leidy Buitrago

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


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

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

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



5.1.5 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Monquirá

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	PYP	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ

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

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

TOTAL	13	2	0	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	87%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	DEISY JEANETH GARCIA	AUX. ADMON	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

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

TOTAL	9	2	4	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	60%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUX. ENFERMERIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

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

TOTAL	14	1		PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	LUZ MENDY ORTEGA	REGENTE DE FARMACIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS


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

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

TOTAL	9	2	4	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	80%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 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
24/09/2020	MARCELA SOFICA NARVAEZ	CONSULTA EXTERNA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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


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

TOTAL	C	NC	NA	PUNTAJE	
	13	1	1	0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	87%			80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional, 010001910332
VIGILADO



5.1.6 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Garagoa

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/20.	Armando D.	C.E.	Fanny Caldero


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos
 Vigilado



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/20.	Mery Comelo	C.E	Fanny Caicedo

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

TOTAL	13	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	90/100		0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Corina Naranjo, 01800010333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/20	Fanny Calcedo	C.E	Hernando Domínguez

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 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
24/09/20	Leidy Cordero	C-E	Fanny Calcedo

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

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

TOTAL	13	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	90%	

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



5.1.7 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Guateque

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	Melissa Rpo	Asistencia	

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

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

TOTAL				PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			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
18-Sept 2020	Yanibe Velazquez	Farmacia	

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


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.				
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos				
3	Realiza cambio de guantes por paciente				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje 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	12		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	73.7		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910332
 Línea de Consulta Nacional: 018000910332
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
24/09/20	Dora Gatica	C.E.	Daniela Castro

Calificación del evaluador: Marcar con una X la 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		
Porcentaje de cumplimiento (Puntaje Total Cumplido / Total de criterios evaluados x 100)	100%		

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Daniela Castro	Asistencial	Daniela C.

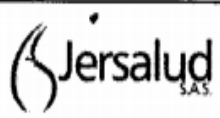
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) según su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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				
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%				
		PUNTAJE			
		0% - 80%	NO CUMPLIDO		
		80% - 94%	ACEPTABLE		
		95% - 100%	SOBRESALIENTE		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



	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
18/sep/	Yuliana Muñoz	Administrativa	


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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			PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



5.1.8 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Soatá

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) e que 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 monogafas y protección respiratoria N95 en procedimientos de laboratorio.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			se cuenta con piezas graficas de colación y retiro adecuado de los epp
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

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



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FGTH027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	WANDA PAOLA CAMROS	ASISTENCIAL	DEI SY LILIANA ESTEVEZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			uso de protección respiratoria N95 para atención de pacientes manera presencial, RESPIRADOR m600 con filtro m400 Y VICERA FACIAL
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Una vez u cuando implemente guantes sus procedimientos que puedan generar salpicaduras	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			Sin embargo al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los	x			se cuenta con piezas graficas de colacion y retiro adecuado de los epp
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)		x		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bates, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad.	X			
TOTAL		15	1		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple y Total de criterios evaluados * 100)					100%

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL EVALUADOR	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	ASTRID MARTINEZ	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES

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


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

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

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	SOLAMENTE CUMPLIDO
95% - 100%	CUMPLIDO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Control Nacional: 01800010332
VIGILADO



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

FECHA	NO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	DEI	ADMINISTRATIVA	DEI SY LILIANA ESTEVES

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

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.				uso de protección respiratoria para atención de pacientes manera presencial, RESPIRADOR m500 con filtro m400
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo	X			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y	X			se cuenta con piezas graficas de colación y refiro adecuado de los epp
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se	X			
11	evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras cadenas etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos			X	
TOTAL		14		1	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios					100%

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



4.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Meta

5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Villavicencio

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-20	Windy Gaitan	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluado: Marca con una X los resultados de las calificaciones: C= cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

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

PROPORTION DE CUMPLIMIENTO Puntaje total (Cumple) / total de contenidos evaluados x 100%	14 0 1 100%	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
---	----------------	--

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019333
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:
24-09-2020	Sebastian Fallo	Admin	Jhoan santana

Calificación del evaluador: Mantener con una (1) equis (5) sus calificaciones. S = Cumple; NC = No cumple; NA = No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		1	2	3	
1	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			usa los EPP ya que atiende usuarios presenciales
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.			X	
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias			X	
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X			

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	10 0 5	PUNTAJE
(Puntaje total / (cumple / total de criterios evaluados) x 100)	100%	
0% - 80%	NO CUMPLIDO	
80% - 94%	ACEPTABLE	
95% - 100%	SOBRESALIENTE	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
2A-09-2020	Ruby Ruiz	Asistencial	Jhon Santana

Calificación del evaluador: Marcar con un (x) equis en su calificaciónes: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

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

PUNTAJE 16 0 5	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO Puntaje Total (Cumple) / Total de calificados evaluados x 100 =	100%

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019333
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
29-09-20	Vanessa Parada	Asistencial	JUAN SANTANA

Calificación del evaluado: Marcar con una (x) requisito de calificaciónes: C=Cumple, NC=No cumple, NA=No aplica

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

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple / Total de ítems evaluados = 100%)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 0180001910333
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
24-09-2020	Angie Machado	Asistencia I	Jhona Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) que sus calificaciones son: C=Cumple; NC=No cumple; NA=No aplica

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

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total Cumple / Total de ítemos evaluados x 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	AREA / UNIDAD:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:
24-09-2020	Daniela Carreño	AD:QA	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Cumple No cumple No aplica

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	10	0	5
Puntaje total cumple / Total de ítems evaluados (%)			
PUNTAJE			
0% - 80%	NO CUMPLIDO		
80% - 94%	ACEPTABLE		
95% - 100%	SOBRESALIENTE		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Wilder NOVOA	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Cumple con la(s) requisito(s) de calificaciónes, No cumple, No aplica

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		1	2	3	
1	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			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 01800070303
 01800070303
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
24-09-2020	Yuli Beltran	Admin	Jhoan Santana

Calificación del evaluado: Marcar con un (X) si cumple con las calificaciones, (C) si cumple, (N) si no cumple, (NA) si no aplica.

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple / total de contenidos evaluados x 100)	10 0 5 100%	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
--	----------------	--

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 01800070303
 01800070303
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
29-09-2020	Diego Bocanegra	Admin	JUAN SANTANA

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

TOTAL	9	0	6
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	100%		
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: 01800070303
 01800070303
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
24-09-2020	Dorwin Gomez	Asistencial	Thoen Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una X en los requisitos sus calificaciones: C=Cumplido, NC=No Cumplido, NA=No aplica

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	13	0	2
Puntaje total (cumplido) / total de criterios evaluados = 100%			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 01800010303
VIGILADO

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	YOSM. NEVADO	ASISTENCIAL	JUAN SAMANA

Calificación del evaluador: M= Muestra, N= No cumple, C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (unidades con cumplimiento de criterios evaluados)	14 0 1 100%	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
--	----------------	--

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 01800019033
 01800019033



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Jovana Cordoba	Asistencial	Jhoan Santana

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO APLICABLE	
1	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	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2026	MARIA NAVARRO	Asistencial	JHOAN SANTANA

Calificación de los evaluados: Marcar con una X en sus calificaciones: C=Cumple, NC=No cumple, N=No aplica

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO Puntaje para el cumple / total de ítems evaluados x 100	14 0 1 100%	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
--	----------------	---

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Korina Arango	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una X en sus calificaciones. C=Cumple, NC=No cumple, NA=No aplica.

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

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO Puntaje total / (Cumplido de criterios evaluados * 100)	100%			
				80% - 94% ACEPTABLE
				95% - 100% SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 018000910303
 VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTHJ027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2018	Cesar Guerrero	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) según su calificación; B = Bueno, NC = No cumple, NA = No aplica

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	13 0 2	PUNTAJE	
Puntaje total cumple / total de criterios evaluados = 100%	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 01800019038
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
24-09-2010	Angelica Larroñaga	Asistencial	Jhona Santana

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 018000910303
 VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Paola Tulibila	Admin	Jhoan Santana

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

PROPORTION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total / (cuanto el total de criterios evaluados) x 100)	10 0 5 100%	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
--	----------------	--

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019333
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
24-09-2020	Rura Roa	Admin	Jhoan Santana

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		1	2	3	
1	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. llene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	✓			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas (tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			Y	

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTOS (Puntaje total / cumple) / total de centros evaluados x 100	10 0 5	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
---	--------	---

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Xiomara Olaya	Asistencial	Jhoan Santana

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple / total de criterios evaluados x 100)	70 0 5 100%	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
---	----------------	---

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 018000910303
 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	ERIKA HERNANDEZ	Asistencia	Jhoan Santana

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total (cumplido) / total de criterios evaluados * 100)	1005	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
---	------	--

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Edgard Garcia	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación de evaluador: Marque con una X en la columna correspondiente a la calificación que se cumple. N= No cumple, NC= No aplica

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

PROPORTION DE CUMPLIMIENTO (Puntos totales cumplidos / total de puntos evaluados) x 100	906 100%	CRITERIO DE CALIFICACION 0% - 60% NO CUMPLIDO 60% - 84% ACEPTABLE 85% - 100% SOBRESALIENTE
--	-------------	---

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0200010303
VIGILADO

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	JOSE ROMERO	Asistencial	Jhoan Santana

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

PROPORCION DE CUMPLIMIENTO Puntaje total de cumplimiento de los evaluados: 906 / 906 = 100%	GRUPO DE CALIFICACION 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
---	---

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Adriana Bay	Asistencia	Jhoan Santana

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		1	2	3	
1	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	

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO Puntaje total obtenido / Total de criterios evaluados x 100	10 0 5 100%	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
---	----------------	--

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Karina Gonzalez	Asistencia	Jhoan Santana

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

14	0	1	PUNTAJE	
100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 01800019030
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
24-09-2020	Marcela Acuña	Asistencial	Jhoan Santana

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	10	0	5
Puntaje total (Cumplido) / total de ítems evaluados (%)	100%		
PUNTAJE			
0% - 80%	NO CUMPLIDO		
80% - 94%	ACEPTABLE		
95% - 100%	SOBRESALIENTE		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	AREA/UNIDAD:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:
24-09-2020	Ruth Baquero	Asistencial	Jhoan Santana

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO:	CALIFICACION 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			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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	

PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Total de ítems cumplidos / Total de ítems evaluados) x 100	10 / 15 100%	CRITERIO: 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
---	-----------------	--

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Laura Pinto	Admin	Jhoan Santana

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		SIEMPRE	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	
1	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 (Mujeras)	X			
14	Las 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	

PROPORCION DE CUMPLIMIENTO Puntos totales cumplidos / Total de ítemos evaluados =	10 / 5 100%	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
--	----------------	--

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 018000910303
 VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Soledad Linares	Admin	Jhovan Santana

Calificación del evaluador: **Maneja con un nivel de cumplimiento** (G = Cumple, NC = No cumple, NA = No aplica)

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		1	2	3	
1	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	

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	10	0	5	GRUPO	
Porcentaje de cumplimiento para los criterios evaluados	100%				
				0% - 60%	NO CUMPLIDO
				60% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	ÁREA / UNIDAD:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:
24-09-2020	Diony Duarte	Admin	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: (Marcar con un "X") según sus calificaciones: C=Cumple-NC=No cumple-NA=No aplica

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

PUNTAJE PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple / total de ítemos evaluados x 100)	10 0 5 100%	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
---	----------------	--

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 0800910303
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:
24-09-2020	Duvan Villegas	Admin	JHOAN SANTANA

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

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

PUNTAJE TOTAL CUMPLIDO / TOTAL DE CRITERIOS EVALUADOS:	9 0 6	PUNTAJE	0% - 80% NO CUMPLIDO
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO:	100%	80% - 94% ACEPTABLE	95% - 100% SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Elyen Diaz	Admin	Shoaa Santana

Calificación del evaluado: Marcar con un (X) si cumple con la calificación, C= Cumple, NC= No cumple, N/A= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
1	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	

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	10	8	5
Puntaje total (cumple) / total de criterios evaluados (100)	100%		
PRIMERA			
0% - 80%	NO CUMPLIDO		
80% - 94%	ACEPTABLE		
95% - 100%	SOBRESALIENTE		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01000101030

VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Jenny Gutierrez	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: M= Marcado con una (x) a la izquierda de las calificaciones. C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica.

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

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	100%		
Puntaje total (cumplido) / total (pocentes) / evaluados	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	ÁREA/UNIDAD:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:
24-09-2020	Carolina Barbosa	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marque con una (x) en sus calificaciones: C=Cumple; NC=No cumple; NA=No aplica.

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

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple / total de ítems evaluados x 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 01800091030
 VIGILADO



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

FECHA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Ingrid Corderas	Asistencial	Jhoan Santana

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	10	0	5	PUNTO	0% - 80%	NO CUMPLIDO
(Puntos Totales Cumplido al de criterios evaluados = 100)	100%				80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 010001910303
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
24-09-2020	Gabriel Babilonia	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una X en cada una de las calificaciones: 6 = Cumple; NC = No cumple; NA = No aplica

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		6	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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total (Cumple) / total de ítems evaluados x 100)	9 0 6 100%	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
---	---------------	---

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Leidy Velasquez	Asistencia	Jhoan Santana

Calificación de evaluador: Marcar con una X según sus calificaciones: C=Cumplir, NC=No cumplir, NA=No aplica

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	14	0	1
Puntaje total / cumple / total de ítems evaluados (10)	100%		
PUNTAJE			
0% - 80%	NO CUMPLIDO		
80% - 94%	ACEPTABLE		
95% - 100%	SOBRESALIENTE		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24-09-2020	Ivan Puentes	Asistencial	Jhoan Santana

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

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

TOTAL	9	0	6
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje de los cumple) / total de contenidos evaluados x 100	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 0180001910333
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
24-09-2020	Diana Roa	Asistencia	Jhoan Santana

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple / total de criterios evaluados) x 100	14 0 1 100%	RANGO 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACÉPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
---	----------------	--

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	ÁREA/UNIDAD:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:
24-09-2020	Wilder Velasquez	Asistencia	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una X en sus calificaciones: C= cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	13 0 2	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
Puntaje total (cumplimiento) de criterios evaluados: (máx)	100%	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	ÁREA / UNIDAD:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:
24-09-2020	Yamile Sabogal	Asistencial	Thoon Santana

Calificación del evaluado: (Marcar con un X) Cumple: No Cumple: No aplica

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

TOTAL	14	0	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple / total de contenidos evaluados x 100) %	100%		
PUNTAJE		0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	AREA/UNIDAD:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:
24-09-2020	OMAR AVILA	Asistencial	Jhoan santana

Calificación del evaluador: Marcar con una X según sus calificaciones: C=Cumplir; NC=No cumple; NA=No aplica

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			usa los EPP ya que atiende usuarios presenciales
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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	4
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	100%		
Puntaje total (cumplir) / total de criterios evaluados = 100%			

0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO




4.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
24/09/2020		LEIDY MORALES		REGENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid 19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid 19	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid 19	X					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
24/09/2020		LILIANAN ROJAS		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	X					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		9	1	5			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%					
					PUNTAJE		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
24/09/2020		LIZ MADRID		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19.	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		13	1	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



4.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada

	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	ESPERANZA GUERRERO	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS R

Calificación del evaluador: 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	los procedimiento que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	X			
2	procedimientos con covid-19			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	X			
5	Evita utilizar los elementos de proteccion individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	X			
10	reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	X			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	12	0	3	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	OLINDA MURILLO	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS R

Calificación del evaluador: 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	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

www.jersalud.com



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	DIANA SANCHEZ	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS R


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910333
 Línea Correo Nacional: 018000910333



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	MARIAN CASTRO	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS R

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	DIEGO BARON	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS R


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	13	0	2	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: 01 8000 910333
 Línea de Consulta Nacional: 01 8000 910333
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	HERNAN RAMOS	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS R

Calificación del evaluador: 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		NO SE CUENTAN CON GORROS DESECHABLES
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	12	1	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	92%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
24/09/2020	JAVIER HERRERA	FARMACIA	ANDREA SANTOS R


Calificación del evaluador: 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			NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			LA SEDE CUENTA CON LOKER
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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




4.2.3 Inspección uso de elementos de protección personal sede Acacias

		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
24/09/2020		NOHORA ALEJANDRA PIRABAN		ADMINISTRATIVA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
24/09/2020		YADIRA TORO PINEDA		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			En trámite de solicitud careta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
24/09/2020		IMNA MENDIETA CONTRERAS		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	4	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
24/09/2020		LILIANA FONSECA		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	4	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
24/09/2020		DAMARIS ESTRADA CAICEDO		FARMACIA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.		X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		10	1	4	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		91%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



4.2.4 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto López


FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
24/09/2020		MARLY GOMEZ		REGENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	X					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
24/09/2020		MARGARITA ZAMBRANO		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19.			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19.	X					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		9	1	5			
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%					
					PUNTAJE		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



4.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Kelly Vanessa Ruiz		Asistencial		Ysella Gonzalez	
 INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL							
F(GTH)027 Versión: 1 oct-18 1 DE 1							
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%		NO CUMPLIDO
					80% - 94%		ACEPTABLE
					95% - 100%		SOBRESALIENTE




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Cesar Duarte		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		13	0	2	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Sandra Torres		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		13	0	2	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Maria Alejandra Vargas Palacios		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Henry Dario Uva Pelayo		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		13	0	2	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Natalia Cediel		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		AMERIDA BARRERA TOLOSA		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Coordinadora de Farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	4	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Oscar Jimenez		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Psicologo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		9	0	6			
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					PUNTAJE		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Arlyn Ramirez		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar administrativo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		10	0	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Yorz Socha		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar de sistemas		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		9	0	6	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Adriana Victoria Corredor		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14	10	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Sandra Lorena Arias		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		x		Coordinadora de Sede		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x					
12	Utiliza calzado cerrado		x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		10	1	4	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Sara Nohemi Ojeda Parales		Admisnistrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	5	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Martha Cordoba		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X			
TOTAL		10	1	4	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
24/09/2020		HELENA MALDONADO		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Regente de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Mariluz Martinez Alfonso		Admisnistrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	5	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Nelsy Johana Miranda		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		x		Auxiliar de Farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado		X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		10	1	4	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
21/09/2020		Zully Mariana Hernandez		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Aprendiz Sena		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado		X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		10	1	4	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



4.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal



VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030
Línea de Consulta Nacional: 01800091030





VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030
Línea de Consulta Nacional: 01800091030

www.jersalud.com



“Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario”





5. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES

6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá

6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja

FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
												Jersalud Versión 2 mayo 20 1 DE 1
Verifique sintomatología (Marque con una X las variables que se aplican)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetilaminos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de flegma	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en este edificio?	Formación (aprobado)
17-09-20	Joel De S	MD	C EXT	N	N	36,1	N	N	N	N	N	Joel De S
17-09-20	Mónica Rodríguez	AUX Adm.	C EXT	N	N	36,3	N	N	N	N	N	Mónica S
17-09-20	Diana Álvarez	Aprendiz	C EXT	N	N	36,2	N	N	N	N	N	Diana S
17-09-20	Sandra Melo	Aux enf	C EXT	N	N	36,2	N	N	N	N	N	Sandra S
17-09-20	Juan Fonseca	psicólogo	C EXT	N	N	36	N	N	N	N	N	Juan S
17-09-20	Sancho	Med	C EXT	N	N	36,2	N	N	N	N	N	Sancho S
17-09-20	Jon Iván	MD	C EXT	N	N	36,4	N	N	N	N	N	Jon Iván S
17-09-20	Carson Gum	Med	C EXT	N	N	36,7	N	N	N	N	N	Carson S
17-09-20	Johny Haza	MD	C EXT	N	N	36,6	N	N	N	N	N	Johny S
17-09-20	Alfonso Sánchez	Nutric	C EXT	N	N	36	N	N	N	N	N	Alfonso S
17-09-20	Verónica Botero	Enfermera	C EXT	N	N	36,1	N	N	N	N	N	Verónica S
17-09-20	MD	M.D	C EXT	N	N	36,3	N	N	N	N	N	MD S
18-09-20	Sandra Melo	Aux enfer	C EXT	N	N	36,1	N	N	N	N	N	Sandra S
18-09-20	Mónica Rodríguez	AUX Adm	C EXT	N	N	36,1	N	N	N	N	N	Mónica S
18-09-20	Gilma S.L	MD	C EXT	N	N	36,1	N	N	N	N	N	Gilma S
18-09-20	Diana Álvarez	Aprendiz	C EXT	N	N	36,1	N	N	N	N	N	Diana S
18-09-20	Jennifer Nolas	TS	C EXT	N	N	36,1	N	N	N	N	N	Jennifer S
18-09-20	Joel De S	MD	C EXT	N	N	36,2	N	N	N	N	N	Joel S
18-09-20	Andrea Zipa	Aux Adm	Admin	N	N	36,3	N	N	N	N	N	Andrea S
18-09-20	Fondestorres	Médico	C EXT	N	N	36,1	N	N	N	N	N	Fondestorres S
18-09-20	Mónica Rodríguez	Nutricionista	C EXT	N	N	36,3	N	N	N	N	N	Mónica S
18-09-20	claudia P.	Admin	admin	N	N	36,3	N	N	N	N	N	claudia S

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea Correo Electrónico: 018000910303

VIGILADO



(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES**

FIGA(003)
 Versión: 2
 mayo 2019
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos de Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar la epidemiología (Marcar con una X los variables que aplican)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	No tiene contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondoleja	Falta y Adormecimiento	¿Trabaja en esta actividad?		
18/09/20	Maria Nojica U	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	Alfredo Gonzalez	Tec. Gen	C. Ext	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/09/20	Clara Benitez	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18-9-20	Juan Josecano	Psicologo	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	Jean Br	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/09/20	Hermano	MD	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	José Pineda	TID	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	Geovanna Gonzalez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	Carla	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/09/20	Maria Josecano	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/09/20	Juan Josecano	MD	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	Alfredo Gonzalez	Tec. Gen	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18-09-20	Diana Ibanez	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Maria Cecilia Rodriguez	Aux. Adm	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Sandra Mesa	Aux. Gen	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Juan Josecano	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18-9-20	Juan Josecano	psc.	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES**

FIGA(003)
 Versión: 2
 mayo 2019
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos de Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar la epidemiología (Marcar con una X los variables que aplican)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	No tiene contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondoleja	Falta y Adormecimiento	¿Trabaja en esta actividad?		
18/09/20	Juan Br	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/09/20	José Pineda	MD	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	Maria Josecano	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	Diana Ibanez	ENT	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	Sandra Mesa	Aux. Gen	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	Alfredo Gonzalez	Aux. Adm	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	José Pineda	MD	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	Carla	Tec. Gen	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
19/09/20	Maria Josecano	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	Juan Josecano	Aux. Gen	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	José Pineda	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	José Pineda	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	Diana Ibanez	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	Maria Josecano	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-9-20	Maria Josecano	Aux. S. Gen	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-09-20	Maria Cecilia Rodriguez	Aux. Adm	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-9-20	Sandra Mesa	Aux. Adm	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FORMA 003 Versión 2 may20 1 DE 1			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiológicamente (Marcar con una X las variables que aplican)									Firma del trabajador		
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o vacunación	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro país?				
18-09-20	Anyara Garcia	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anyara
18-09-20	Nidia Solenz	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia
18-09-20	Juliana Arias	Aux Farmacia	Asistente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
18-09-20	Luisa Tatís	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luisa
18-09-20	Karen Lorenz	Regen F	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karen
18-09-20	Nidia Solenz	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia
18-09-20	Carolina P	Asistente	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina
19-09-20	Juliana Arias	Aux Farmacia	Asistente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
19-09-20	Anyara Garcia	Aux Farmacia	ASISTENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anyara
19-09-20	Luisa Tatís	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luisa
19-09-20	Nidia Solenz	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia
19-09-20	Sara P	Asistente	Farmacia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sara
19-09-20	Karen Lorenz	Regen F	Farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karen
19-09-20	Ana Silvia Perra	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
21-09-20	Juliana Arias	Aux Farmacia	Asistente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
21-09-20	Karen Lorenz	Regen F	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karen
21-09-20	Luisa Tatís	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luisa

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FORMA 003 Versión 2 may20 1 DE 1			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiológicamente (Marcar con una X las variables que aplican)									Firma del trabajador		
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o vacunación	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro país?				
18-09-20	Beatriz Espinoza	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Beatriz
18-09-20	Xosha S	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Xosha
18-09-20	Carolina Solenz	Analista	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina
18-09-20	Daniela S	Asistente	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela
18-09-20	Andrés P	Analista	ADM	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés
18-09-20	Marta P	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marta
18-09-20	Juan Higueras	Ing. Sistema	Tecnología	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
18-09-20	Nubia Vasquez	Coord. Sede	Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nubia
18-09-20	Janeth Bora	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Janeth
18-09-20	Eliana Araque	Coord. Admin. TI	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eliana
18-09-20	Daniela S	Asistente	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela
19-09-20	Daniela S	Asistente	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela
19-09-20	Nubia Vasquez	Coord. Sede	C. Sede	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nubia
21-09-20	Carolina Solenz	Analista	ADM	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina
21-09-20	Beatriz Espinoza	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Beatriz
21-09-20	Daniela S	Asistente	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela
21-09-20	Juan Higueras	Ing. Sistema	Tecnología	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
21-09-20	Marta P	Aux Admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marta
21-09-20	Daniela S	Asistente	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela
21-09-20	Juan Higueras	Ing. Sistema	Tecnología	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
21-09-20	Andrés P	Analista	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés
21-09-20	Eliana Araque	Coord. Admin. TI	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eliana
21-09-20	Daniela S	Asistente	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 0800091033

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FORMACIÓN	
												Versión: 2	
												09/20	
												IDE 1	
Verifique diariamente el estado de salud de los trabajadores con una X en las variables que aplican:													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronarios	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiología	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otro estado?	Firma del funcionario	
21/09/20	Gilma L. C.	RD	CERT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
21/09/20	Joel Duran	MD	CERT	N	N	36.2	N	N	N	N	NO	[Firma]	
21/09/20	Procesa F.	MO	CERT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/20	Jennifer Matos	T.S	CERT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/20	María Josefa U.	MO	CERT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/20	Isabel Torres	Medico	P. RyT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21-09-2020	Clara Cecilia Yoná	Id. Gen	CERT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
21/09	Claudia Bernal	MD	CERT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/09	Andrés Torres	Asistente	CERT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21-09-20	María José Torres	Neurocientífica	QFT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21-9-20	María Lorena	psicóloga	cert	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21-9-20	Diana Martínez	Aprendiz	CERT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21-09-20	Andrea Zapa	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/9/20	John L. E.	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/9/20	Geoffrey G.	Medic	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/20	John L. E.	MD	CERT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/20	Isabel Torres	Medico	CERT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21-09-2020	Clara Cecilia Yoná	Id. Gen	CERT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
21-09-2020	Isabel Torres	Med. General	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FORMACIÓN	
												Versión: 2	
												09/20	
												IDE 1	
Verifique diariamente el estado de salud de los trabajadores con una X en las variables que aplican:													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronarios	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiología	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otro estado?	Firma del funcionario	
21/09	Andrés Torres	Asistente	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/9/20	Isabel Torres	Aprendiz	CERT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/20	Das, Marcela	Aux. Asistencia	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/20	John L. E.	MD	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/20	Isabel Torres	Medico	CERT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/20	Geoffrey G.	Medic	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/20	John L. E.	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21-9-20	John L. E.	MD	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/20	John L. E.	MD	CERT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21-09-20	Claudia Bernal	Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22-09-2020	María Josefa U.	Aux. s. general	CERT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22-09-20	María Josefa U.	Aux. Adm	CERT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22/09/20	Gilma L. C.	RD	CERT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
22/09/20	María Josefa U.	MD	CERT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22-09-20	Diana Martínez	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22/09/20	Jennifer Matos	T.S	CERT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22/9/20	Joel Duran	MD	CERT	N	N	36.2	N	N	N	N	N	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800909033
 Línea Correo Nacional: 0800909033
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FISMA003 Versión 2 may-20 1.06.1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar seroneurología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus zoonosis	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oliguria	Falga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
21-09-20	Ana Silvia Fern	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Silvia F.
21-09-20	Luzmy Geronimo	Aux Farmacia	ASISTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luzmy
21-09-20	Sandra P	Aux far	Farm.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
21-09-20	Nidia Salenz	Aux farm	Farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia
22-09-20	Luzmy Geronimo	Aux Farmacia	ASISTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luzmy
22-09-20	Ana Silvia Fern	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Silvia F.
22-09-20	Karen Lopez P	Repart farm	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karen
22-09-20	Julliana Arias	Aux Farmacia	Asisten	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Julliana Arias
22-09-20	Sandra P	Aux far	Farm.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
22-09-20	Nidia Salenz	Aux far	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia
22-09-20	Juliana Moreno	S.A.U	Farmacia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
23-09-20	Luzmy Geronimo	Aux Farmacia	ASISTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luzmy
23-09-20	Julliana Arias	Aux Farmacia	Asisten	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Julliana
23-09-20	Karen Lopez P	Repart F.	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karen
23-09-20	Ana Silvia Fern	Aux farmacia	Farmacia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Silvia F.
23-09-20	Sandra P	Aux far	Farm.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
23-09-20	Nidia Salenz	Aux far	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia

6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Duitama

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FISMA003 Versión 2 may-20 1.06.1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar seroneurología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus zoonosis	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oliguria	Falga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
17-09	Sofia Chaparro	Apoy Adm	Apren	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
17-09	Sonia Pina	Aux Farmacia	Asiste	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia
17-09	Myriam Buitrago	Dire Farmacia	ASISTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Myriam
17-09	Jela Zalcedo	Req F.	ASISTE	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jela
17-09	Mayra Netho	Aux farmacia	Asiste	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mayra
17-09-20	Cristina Caceres	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cristina
17-09-20	Hedaly Thana	Aux Admin.	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hedaly
17-09-20	Lina Arango	ADMIN	Adm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
17-09-20	Olivia Avendaño	Coordinadora	Asisten	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
17-09-20	Diana Acos	Enfermera	Asist	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
17-09-20	Quilabara	Médica	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Quilabara
17-09-20	Myriam Buitrago	Aux far	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Myriam
17-09-20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra



SALIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del Funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
17-09-20	Hidalys Troncoso	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
17-09-20	MAYAL NELCO	Aux Jemera	Asible	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
17/09/20	SOFIA CHAPARRO	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	alex
17/09/20	Alexandra T	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ripia
17/09/20	Diana Arco	Enfermera	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
17/09/20	Orlando Alcantara	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Orlando
17-09-20	Juan Zabala	Reg F	Asu	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
17-09-20	Silvia Arellano											

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del Funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
17-09-20	MAYAL NELCO	Aux Jemera	Asible	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
18/09/20	Diana Arco	Enfermera	Asista	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
18-09-20	Juan Arce	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
18-09-20	Yuriam B	Aux Jemera	Asista	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
18-09-20	Juan Zabala	Reg F	Asista	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
18-09-20	Gloria Isabel Aren	Coordinadora	Asista	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
18/09/20	SOFIA CHAPARRO	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	alex
18/09/20	Alexandra Alcantara	Médica	Asista	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
18/09/20	Alexandra Alcantara	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
18-09-20	Hidalys Troncoso	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
18/09/20	Orlando Alcantara	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Orlando

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Oficina Nacional, 01000191033

VIGILADO



SALIDA

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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondreñaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
18/09/20	Alejandra Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Hedaly Triana	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	apren	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	Olivia Agudo	Enfermera	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	Olivia Becerra	Aux-Adm	Adm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Entrada

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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondreñaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
19-09-20	Livia Rodryg	Mozo	Aten	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-9-20	Lina Araya	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Aprendiz	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	Alejandra Pinzon	Aux Adm	Admi	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-09-20	Glennys Acosta	cosidermo	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional, 010000190302
VIGILADO



(Jersalud) salida

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

FIGA003
Versión 2
may-20
1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófenos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
9/21/2020	Jana Arqque	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jim
9/21/2020	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Apren	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dulce
9/21/2020	Alejandra Pinzon	Aux. Adm	Admi	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9/21/20	ANA ACETO	enfermera	ASIS	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Janet
9/21/20	Yanicefero	Aux. adm	adm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanice
21-09-20	Miguel Vela	Aux. adm	Asiste	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel
21-09-20	Glenn Acedeno	coordinador	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glenn
21-09-20	Hidaly Truana	Aux. Admin.	Admin.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly

(Jersalud) Entrada

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 acetaminófenos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
22/09/20	Alejandra Pinzon	Aux. Adm	Admi	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra
22/09/20	Diana Sofia Chara	Aux. Adm	Apren	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
22/09/20	Diana Aceto	Enfermera	Asis.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
25/09/20	Miguel Vela	Aux. adm	Asiste	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel
21/09/20	ANA ACETO	Aux. adm	adm	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	ANA
21/09/20	Miguel Brito	Aux. adm	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel
22-9-20	Lina Miquel	Aux. Adm	Adm	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
22-09-20	Glenn Acedeno	coordinador	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glenn
22-09-20	Hidaly Truana	Aux Admin	Admin.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
22-09-20	Sonia Pira	Aux. Adm.	Asiste	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033
VIGILADO



SALIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGMA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
22-09-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	37.	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09-20	Hidaly Triana	Aux Adm	Admini	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09-20	Alex Nery	Medico	Dir. /	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
22/09/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Apren	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
22/09/20	Diana P. Arzu	Enfermera	Asist.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	
22/09/20	Diana Arzu	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
22-9-20	Lina Nery	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09	Alexandra Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09	Sonia Pira	Aux. fam	Asist	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGMA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
23/09/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Apren	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
23-09-20	Hidaly Triana	Aux Adm	Admini	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
23-09-20	Myrica Buitrago	Aux Fca	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
23/09/20	Diana P. Arzu	Enfermera	Asist.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
23/09/20	Diana Arzu	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
23-9-20	Lina Nery	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
23-9-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asist	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
23/9/20	Qualibeth	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
23/09/20	Sonia Pira	Aux. fam	Asiste	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 01 de Septiembre del 2020
 Vigilado



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 acetaminolén	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
23-04-20	Hidalgo Triana	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-09-20	Gloria Aranda	Coordinador	Asisten.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-09-	Alexandra Pinzon	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/20	Soria Chaparro	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-9-20	Lina Alegría	Aux Adm	Adm.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Sogamoso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefaja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
18-09-20	Sergio Gily	Recepcionista	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Sandra Hebever	Aux. Adm	Línea Frente	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Luis Roldán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Constantino B	Aux Adm	Serv	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	Milena Quintana	FARMACIA	ASISTENCIA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Dora Vargas	Aux enfermer	usuaria	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-9-20	Danying Diaz	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-9-20	Camilo	NO	Caja	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Daya Carolina	COORD.	ADMIN.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Dora	NO	CEX	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-09-	Ana Romero	Aux Adm	Línea Frente	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Sebastian Diaz	Medico	CEXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-9-20	Elisa Deagu	Medica	CEXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
						34.9						
						34.8						

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 018000970333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											F(GD)003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)									
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
19-09	Francis Malave	Aux. Activo	Linea Fronte	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
19-09	Lidia Ruth G.	Aux. Farmacia	Farmacía	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
19-09	Daryana D	Aux. Farmacia	Farmacía	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
19-09-20	Sebastian Ries	medico	cent	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
19-09-20	Deisy Vargas	aux enfermera	atención	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
19-09-20	Carimen Cáceres	Aux. Farmacia	Farma	No	No	35.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
19-09-20	Cesar Conzatti	MD	CExo	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	[Firma]
19-09-20	Deisy Caballero	atención	Admin	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]
19-09-20	Sergio Cely	Regente	Farmacía	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											F(GD)003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)									
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
21-09	Dina Rosero	Aux. Activo	Linea Fronte	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09	Lidia Ruth G.	Aux. Farmacia	Farmacía	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09	Constanza B	Aux. Adm.	Sic	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	MILWA QUINTO	atención	ASISTENTE	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Deisy Vargas	aux enfermera	atención	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Olivera Lora	med	cent	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Cesar Conzatti	Med	CExo	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Sergio Cely	Regente	Farmacía	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Deisy Caballero	atención	Admin	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09	Francis Malave	Aux. Activo	Linea Fronte	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Carimen Cáceres	Aux. Farmacia	Farma	No	No	34.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Daryana D	Aux. Farmacia	Farma	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Sebastian Ries	medico	cent	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Elvira Deary	Medico	CExo	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333
 Línea de Consulta Nacional: 01 8000 910333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGMA003 Versión: 2 may 20 TCE 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	Odoraje	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
22-09	Sandra Malvar	Aux. Activo	Linea Front	No	No	36.7	No	No	No	No	No	Sandra
22-09	M. Constanza B	Aux. Activo	SIUW	No	No	35.7	No	No	No	No	No	M. Con
22-09	Delia Katerine	COORD.	ADMN	No	No	36.7	No	No	No	No	No	Delia
22-09-20	Milena Quintero	ENFERMERA	ASISTENCIA	No	No	36	No	No	No	No	No	Milena
22-9-20	Danyana Diaz	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Danyana
22-09-20	Alcibianca	maestra	med	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Alcibianca
22-9-20	Carla Camacho	M.O	C. de	No	No	35.9	No	No	No	No	No	Carla
22-09-20	Sergio Cely	Representante	Farmacología	No	No	36.0	No	No	No	No	No	Sergio
22-09	Ana Romero	Aux. Activo	Linea Fronte	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Ana
22-09	Luis Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.6	No	No	No	No	No	Luis
22-10-9	Carmen Cecilia	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	34.8	No	No	No	No	No	Carmen
22-9-20	Elvira De Aguiar	Med. en	EXT	No	No	36	No	No	No	No	Si	Elvira

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGMA003 Versión: 2 may 20 TCE 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	Odoraje	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
23-09	Ana Romero	Aux. Activo	Linea Fronte	No	No	36.0	No	No	No	No	No	Ana
23-09	M. Constanza B	Aux. Activo	SIUW	No	No	36.1	No	No	No	No	No	M. Con
23-09	Luis Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Luis
23-09-20	Milena Quintero	ENFERMERA	ASISTENCIA	No	No	35.5	No	No	No	No	No	Milena
23-09-20	Carla Camacho	M.O	C. de	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Carla
23-09-20	Delia Katerine	COORD.	Centr	No	No	35.3	No	No	No	No	No	Delia
23-09-20	Sandra Malvar	Aux. Activo	Linea Fronte	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Sandra
23-09-20	Carmen Cecilia	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.2	No	No	No	No	No	Carmen
23-09-20	Sergio Cely	Representante	Farmacología	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Sergio
23-9-20	Danyana Diaz	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.1	No	No	No	No	No	Danyana
23-9-20	Elvira De Aguiar	Med. en	EXT	No	No	36.5	No	No	No	No	Si	Elvira

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea de Atención al Usuario: 018000910303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											Firma del funcionario	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con enfermos por mismo motivo	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
24-09	Dario Velasco	Aux. Activo	Lima Frente	No	No	36.9	No	No	No	No	No	Jardón
24-09	Luisi Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Luisi
24-09	Melinda P.	Aux. Activo	SICU	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Melinda
24-09-20	MILENA QUINERO	ENTERRADA	ASISTENTE	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
24-09-20	Cesar Camacho	MO	CEXO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
24-9-20	Zulmira Díaz	AUX. FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Zulmira
24-09	Carmona Corce	AUX. FA	FORUM	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	Carmona
24-09	Wendy Caballero	MO	CEXO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy
24-09	Sergio Galán	Regente Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
24-09	Galcerandah	MO	CEXO	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	Galcerandah
24-09	Ana Romero	Aux. Activo	Lima Frente	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
24-09-20	Sébastien River	Medico	Cent	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sébastien
24-9-20	Elvira Dougan	México	CEXO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Elvira

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)											Firma del funcionario	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
1/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
2/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
3/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
4/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
5/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
7/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
8/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
9/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
10/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
11/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
12/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
14/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
15/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
16/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
17/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
18/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
19/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
21/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
22/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
23/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
24/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
25/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA									
26/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA									
28/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA									
29/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA									
30/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA									

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019033
VIGILADO



Jersalud				FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario	
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?				
1/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA												
26/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA												
28/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA												
29/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA												

Jersalud				FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario	
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?				
1/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	[Firma]	
2/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	[Firma]	
3/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
4/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
5/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
7/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
8/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
9/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
10/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
11/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
15/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
16/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
17/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
23/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
24/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL												
25/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL												
26/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL												
28/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL												
29/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL												

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000190303
 Línea Correo Electrónico: 018000190303



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGA4000 Versión: 2 may.20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia		
1/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	Juliana
2/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	Juliana
3/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
4/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
5/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
7/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
8/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
9/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
10/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
11/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
12/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
14/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	34.0C	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
15/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	35.1C	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
16/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	36.4C	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
17/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	34.9C	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
18/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	34.9C	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
19/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	36.4C	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
21/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	Juliana
22/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	Juliana
23/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
24/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
25/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
26/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
28/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
29/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
30/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGA4000 Versión: 2 may.20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia		
1/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	Ju3
2/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	Ju3
3/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	Ju3
4/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
5/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
7/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
8/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
9/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
10/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
11/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
12/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
14/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
15/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
16/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
17/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
18/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
19/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
21/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	36	NO	NO	SI	SI	NO	Ju3
22/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	36	NO	NO	SI	SI	NO	Ju3
23/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	SI	NO	36	NO	NO	SI	SI	NO	Ju3
24/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	SI	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
25/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
26/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
28/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
29/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3
30/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SERVICIOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju3

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Corredor Nacional: 018000910303



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)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
1/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
2/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
3/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
4/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
5/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
7/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
8/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
9/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
10/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
11/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
12/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
14/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
15/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
16/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
17/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
18/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
19/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
21/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
22/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
23/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
24/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
25/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
26/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
28/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
29/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella
30/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yella

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)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
1/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
2/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
3/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
4/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
5/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO 36.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
7/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
8/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
9/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
10/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
11/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
12/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
14/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
15/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
16/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.1°C	Poca tos	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
17/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
18/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
19/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
21/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
22/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
23/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
24/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
25/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
26/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
28/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
29/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
30/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
Línea Correo Electrónico: 018000910303



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)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia		
1/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
4/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
5/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
7/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
8/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
9/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
10/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
11/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
12/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
14/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
16/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
17/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
18/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
19/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
21/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
22/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
23/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
24/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
25/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
26/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
28/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
29/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	

6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Garagoa

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)							¿Trabaja en otra entidad?	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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia		
23-09-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacología	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
24-09-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacología	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
24-09-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacología	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
21-09-20	Arnaldo I. Páez	Médico	CC	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
21-09-20	Arnaldo I. Páez	Médico	CG	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09-20	Arnaldo I. Páez	Médico	CG	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09-20	Arnaldo I. Páez	Médico	CG	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
23-09-20	Arnaldo I. Páez	Médico	CG	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	
23-09-20	Arnaldo I. Páez	Médico	CG	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
24-09-20	Arnaldo I. Páez	Médico	CG	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
24-09-20	Arnaldo I. Páez	Médico	CG	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
18-9-20	Fanny Caicedo	Aux Enfer	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
18-9-20	Fanny Caicedo	Aux Enfer	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
21-9-20	Fanny Caicedo	Aux Enfer	Asistencia	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
21-9-20	Fanny Caicedo	Aux Enfer	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
22-9-20	Fanny Caicedo	Aux Enfer	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
22-9-20	Fanny Caicedo	Aux Enfer	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000970303
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 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 esta entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondifragia	Fatiga y Adrenia			
23-9-20	Fanny Garcedo	Aux. Enfe.	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-9-20	Fanny Garcedo	Aux Enfer.	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-9-20	Fanny Garcedo	Aux Enfer.	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-9-20	Fanny Garcedo	Aux Enfer.	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGAA003 Versión 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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 esta entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondifragia	Fatiga y Adrenia			
18-09-20	Mery Camelo	Aux Administr	Linea de T	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Mery Camelo	Aux Administr	Linea de T	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-09-20	Mery Camelo	Aux Administr	Linea de T	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-09-20	Mery Camelo	Aux Administr	Linea de T	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-09-20	Mery Camelo	Aux Administr	Linea de T	NO	NO	35.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-09-20	Mery Camelo	Aux Administr	Linea de T	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-09-20	Mery Camelo	Aux Administr	Linea de T	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-09-20	Mery Camelo	Aux Administr	Linea de T	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Mery Camelo	Aux Administr	Linea de T	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Mery Camelo	Aux Administr	Linea de T	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-09-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-09-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-09-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-09-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-09-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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												
											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 sintomáticos o autocuración	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
17/09/20	Melina Pupo Lora	Medico General	Consultorio 4	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	Melina Pupo Lora	Medico General	Consultorio 4	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/09/20	Melina Pupo Lora	Medico General	Consultorio 4	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/09/20	Melina Pupo Lora	Medico General	Consultorio 4	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/09/20	Melina Pupo Lora	Medico General	Consultorio 4	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/20	Melina Pupo Lora	Medico General	Consultorio 4	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/20	Melina Pupo Lora	Medico General	Consultorio 4	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/20	Melina Pupo Lora	Medico General	Consultorio 4	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/20	Melina Pupo Lora	Medico General	Consultorio 4	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos sintomáticos o autocuración	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
18/09/20	Yuley Muñoz	As. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/20	Yuley Muñoz	As. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/09/20	Yuley Muñoz	As. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/09/20	Yuley Muñoz	As. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/09/20	Yuley Muñoz	As. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/09/20	Yuley Muñoz	As. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/20	Yuley Muñoz	As. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Central Nacional: 01800010333
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 Destino	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)								
				Está consumiendo medicamentos antifebriles o acetaminolén	Ha tenido contacto reciente 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
18-Sep	Yanibe Velasquez	aux farm	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	HV
18-Sep	Yanibe Velasquez	aux farm	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	HV
19-Sep	Yanibe Velasquez	aux farm	Farmacia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	HV
21-sept	Yanibe Velasquez	aux farm	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	HV
21-9	Yanibe Velasquez	aux farm	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	HV
22-Sept	Yanibe Velasquez	aux farm	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	HV
22-Sept	Yanibe Velasquez	aux farm	Farmacia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	HV
23-Sept	Yanibe Velasquez	aux farm	Farmacia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	HV
23-Sept	Yanibe Velasquez	aux farm	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	HV
24-Sept	Yanibe Velasquez	aux farm	Farmacia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	HV
24-Sept	Yanibe Velasquez	aux farm	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	HV

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 Destino	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)								
				Está consumiendo medicamentos antifebriles o acetaminolén	Ha tenido contacto reciente 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
18/09/20	Diana Gaitan	enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21/09/20	Diana Gaitan	enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22/09/20	Diana Gaitan	enfermera	C.E	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23/09/20	Diana Gaitan	enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24/09/20	Diana Gaitan	enfermera	C.E	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01/09/20	Diana Gaitan	enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21/09/20	Diana Gaitan	enfermera	C.E	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21/09/20	Diana Gaitan	enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23/09/20	Diana Gaitan	enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24/09/20	Diana Gaitan	enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033
 Línea de Consulta Nacional: 01800091033
VIGILADO



Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por transmisión por aerosol	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?		
18/09/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
18/09/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	35.0	No	No	No	No	No	No	Daniela
19/09/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
19/09/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	35.0	No	No	No	No	No	No	Daniela
21/09/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
21/09/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
22/09/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
22/09/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	37.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
23/09/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
23/09/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
24/09/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	35.0	No	No	No	No	No	No	Daniela
24/09/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela

6.1.7 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Soatá

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por transmisión por aerosol	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?		
15/09/2020	AUX MARGARITA ACIVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/2020	FLORE ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	37.0	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/2020	DISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/2020	AUX MARGARITA ACIVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Daniela
18/09/2020	AUX MARGARITA ACIVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
18/09/2020	FLORE ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	Daniela
18/09/2020	FLORE ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	Daniela
18/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Daniela
18/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Daniela
18/09/2020	DISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Daniela
18/09/2020	DISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Daniela
19/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
19/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Daniela
19/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	Daniela
19/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Daniela
19/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Daniela
19/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Daniela
19/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	Daniela
19/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	Daniela
19/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	No	No	35.2	No	No	No	No	No	No	Daniela
19/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Daniela

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por	Fibra igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
21/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	36.0	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	36.4	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE, LABORATORIO	U	U	36.9	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE, LABORATORIO	U	U	36.1	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	U	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	U	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.7	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.1	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.4	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.5	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	35.8	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.2	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.0	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.3	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	CARMEN YANETH ARAUQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	35.4	U	U	U	U	U	[Firma]
21/09/2020	CARMEN YANETH ARAUQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.6	U	U	U	U	U	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por	Fibra igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
15/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	35.8	U	U	U	U	U	[Firma]
17/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	36.5	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE, LABORATORIO	U	U	36.5	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE, LABORATORIO	U	U	36.7	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	U	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	U	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.2	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.7	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.5	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.5	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.1	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.4	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.1	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.4	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	CARMEN YANETH ARAUQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	35.3	U	U	U	U	U	[Firma]
23/09/2020	CARMEN YANETH ARAUQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.5	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	36.1	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	36.5	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE, LABORATORIO	U	U	36.6	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE, LABORATORIO	U	U	36.1	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.6	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	U	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.7	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.3	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.1	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.2	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.1	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.4	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.6	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.7	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	CARMEN YANETH ARAUQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	35.9	U	U	U	U	U	[Firma]
24/09/2020	CARMEN YANETH ARAUQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.0	U	U	U	U	U	[Firma]

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 0180001910303

6.1.8 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Moniquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	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	Odnofagia	Fatiga y Adinamia			
2020-09-18	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-18	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-18	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-18	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-18	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-18	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-18	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO		

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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	Odnofagia	Fatiga y Adinamia			
2020-09-21	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-21	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-21	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-21	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-21	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-21	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-21	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO		

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea Correo Electrónico: 018000910303



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisnea	Fatiga y Adinamia			
2020-09-22	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-22	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-22	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-22	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-22	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUISINES	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-22	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-22	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisnea	Fatiga y Adinamia			
2020-09-23	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-23	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-23	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-23	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-23	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUISINES	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-23	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-23	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Corrala Nacional: 018000910302
 VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAAJ003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar automatizada (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-09-24	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-24	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-24	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	38.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-24	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	38.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-24	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	38.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-24	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

5.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta

5.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAAJ003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar automatizada (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
24-09-20	Laura Pinto	Aprendiz SENA	ADMIN	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Soleidad Linares	Coordinadora	ADMIN	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Carolina Barbosa	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Diany Duarte	Gerente	ADMIN	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Jenny Gutierrez	Aux Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Leidy Velasquez	Medico general	Asistencial	NO	S:	36.2	NO	NO	NO	NO	S:	S:	[Firma]
24-09-20	Ivan Puentes	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	S:	[Firma]
24-09-20	Diana Paa	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	S:	[Firma]
24-09-20	Yamile Sabogal	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	S:	[Firma]
24-09-20	Wilmar Velasquez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	S:	[Firma]
24-09-20	Camila Gomez	Ginecologia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Shir Avila	Psiquiatra	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	S:	[Firma]
24-09-20	Bloss Barreto	Pediatra	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	S:	[Firma]
24-09-20	Johana Uribe	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Ingrid Cardenas	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Gabriel Babilonia	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Duvan Villegas	Analista de laboratorio	ADMIN	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Karen Mello	Jefe admia y TI	ADMIN	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Greccia Tellez	Aux enfermería	Asisten	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Daniela Diaz	Aprendiz SENA	ADMIN	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Paola Galindo	Enfermera Pp	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019333
 Línea de Atención al Usuario: 01800019333
VIGILADO



(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN (DIARIO) ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	¿El trabajador presenta síntomas de fiebre o resaca?		¿Ha tenido contacto reciente con una persona enferma por nuevo caso?		Verificar síntomas/signos (Marcar con una X los valores que aplican)					Firma del Asesorado	
				Si	No	Si	No	Fiebre (más o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitidite	Falta y Adormec.		¿Trabaja en otro estado?
24-09-20	Darwin Gomez	medico general	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Darwin
24-09-20	Diego Bocanegra	Aux admin	Admin	NO	NO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diego B
24-09-20	Yelmi Nevada	medica general	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Yelmi
24-09-20	Johana Cordoba	medica general	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
24-09-20	Maria Navarro	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Maria N
24-09-20	Karina Arango	medico general	Asistencia	NO	NO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Karina
24-09-20	Cesar Guerrero	medico general	Asistencia	NO	NO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
24-09-20	Angelica Lorañaya	medico general	Asistencia	NO	NO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Angelica
24-09-20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Luz
24-09-20	Ricardo Castro	Odontologo	Asistencia	NO	NO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ricardo
24-09-20	Marcela Morales	Aux odontologia	Asistencia	NO	NO	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela
24-09-20	Paola Tulibita	Aux admin	Admin	NO	NO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Paola T.
24-09-20	Laura Eca	Aux admin	Admin	NO	NO	NO	NO	36.5	SI	NO	NO	NO	NO	Laura Eca
24-09-20	Xiomara Olaya	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Xiomara
24-09-20	Erika Hernandez	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
24-09-20	Filipod Garcia	Reg farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Filipod
24-09-20	Jose Romero	Psicologo	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jose
24-09-20	Adriana Rey	Trabajadora social	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana
24-09-20	Carina Gonzalez	Ginecologa	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Carina
24-09-20	Marcela Muñoz	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela
24-09-20	Euth Baycero	Jefe de enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Euth
24-09-20	Mery Romero	Aux laboratorio	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Mery
24-09-20	Liliana Chacón	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana

(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN (DIARIO) ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	¿El trabajador presenta síntomas de fiebre o resaca?		¿Ha tenido contacto reciente con una persona enferma por nuevo caso?		Verificar síntomas/signos (Marcar con una X los valores que aplican)					Firma del Asesorado	
				Si	No	Si	No	Fiebre (más o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitidite	Falta y Adormec.		¿Trabaja en otro estado?
23-09-20	Xiomara Olaya	Aux. farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Xiomara
23-09-20	Erika Hernandez	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
23-09-20	Jenny Parado	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny
23-09-20	Jose Romero	Psicologo	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Jose
23-09-20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny G
23-09-20	Marcelo Acosta	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Marcelo
23-09-20	Greia Tellez	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Greia
23-09-20	Aurica Lombardo	Ana. SST	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Aurica
23-09-20	Maria Bonilla	Asistente T.H	Admin	NO	NO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
23-09-20	Duvan Villegas	Anal. T. Químico	Admin	NO	NO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Duvan
23-09-20	Eyleen Diaz	Aprendiz. Serv	Admin	NO	NO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Eyleen
23-09-20	Eyleen Diaz	Aprendiz. Serv	Asistente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eyleen
23-09-20	Laura Pinho	Aprendiz. Serv	Admin	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Laura
24-09-20	Antony Gutierrez	Guarda	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Antony
24-09-20	Windy Gaston	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Windy
24-09-20	Ruby Ruiz	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Ruby
24-09-20	Vanessa Parada	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Vanessa
24-09-20	Angele Merlaudo	Aux farmacia	Asistencia	NO	NO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Angele
24-09-20	Banetia Carreño	Aux admin	Admin	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Banetia
24-09-20	Wilder NAVA	Reg farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Wilder
24-09-20	Fabian Falla	Aux admin	Admin	NO	NO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Fabian
24-09-20	Patricia Camargo	Asistente Fisico	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia
24-09-20	Vili Beltran	Aux admin	Admin	NO	NO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Vili Beltran

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 01800010303

VIGILADO



Jersalud												FORMA DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		FORMA 003 Versión 2 May 20 TOE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Origen	¿Está vacunado con esquema anti-fuerzas o tétanos?	¿Se realizó estudio serológico con caso confirmado para enfermedad por virus zoonóticos?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta actividad?	Firma del funcionario			
22-09-20	Johana Urrego	Analista Físico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Johana U.			
22-09-20	Guar Avila	Psiquiatra	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Guar A.			
22-09-20	Blass Barreto	pediatra	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Blass B.			
22-09-20	Ingrith Cardenas	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Johana U.			
23-09-20	Anthony Serrero	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Anthony S.			
23-09-20	Angie Machado	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Angie M.			
23-09-20	Euby Ruiz	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Euby R.			
23-09-20	Carolina Barba	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina B.			
23-09-20	Angie Cango	Aux. Servicio C	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Angie C.			
23-09-20	Diego Bocanegra	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Diego B.			
23-09-20	Paola Tulibita	Aux Admon	Admon	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Paola T.			
23-09-20	Yuli Rojas	Aux Admon	Admon	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Yuli R.			
23-09-20	Adriana Rey	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana R.			
23-09-20	Sebasthon Falla	Aux Admon	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sebasthon F.			
23-09-20	Marcela Navarro	Médico General	Asistencial	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Marcela N.			
23-09-20	Jovanna Córdoba	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jovanna C.			
23-09-20	Dobruu Camargo	Ambiente F.	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Dobruu C.			
23-09-20	Yvonne Arango	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Yvonne A.			
23-09-20	Cesar Guerrero	Médico familiar	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar G.			
23-09-20	Nelly Sanchez	laborista	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly S.			
23-09-20	Carmita Gomez	Odonatologa	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Carmita G.			
23-09-20	Marcela Morales	Aux. Odontologa	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela M.			
23-09-20	Adara Roca	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Adara R.			

Jersalud												FORMA DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		FORMA 003 Versión 2 May 20 TOE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Origen	¿Está vacunado con esquema anti-fuerzas o tétanos?	¿Se realizó estudio serológico con caso confirmado para enfermedad por virus zoonóticos?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta actividad?	Firma del funcionario			
22-09-20	Flore Castro	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Flore C.			
22-09-20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Luz S.			
22-09-20	Marcela Morales	Aux odontologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela M.			
22-09-20	Adara Roca	Aux Admon	Admon	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Adara R.			
22-09-20	Xiomara Olaya	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Xiomara O.			
22-09-20	Edgard Garcia	Regente Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Edgard G.			
22-09-20	Marina Gonzalez	Ginecologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Marina G.			
22-09-20	Maria Navarro	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Maria N.			
22-09-20	Adriana Rey	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana R.			
22-09-20	Liliana Chacon	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana C.			
22-09-20	Tulireth Chacon	Aux Admon	Admon	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Tulireth C.			
22-09-20	Elyen Diaz	Aprentiz SENA	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Elyen D.			
22-09-20	Adara Londoño	Analista SST	Admon	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	Adara L.			
22-09-20	Jenny Gutierrez	Aux enfermera	Asisten	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny G.			
22-09-20	Ruth Baquero	Jefta de enfermeria	Asisten	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth B.			
22-09-20	Greia Teller	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Greia T.			
22-09-20	Duvan Villegas	Analista de Facturacion	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Duvan V.			
22-09-20	Leidy Velazquez	medico general	Asistencial	NO	SI	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	Leidy V.			
22-09-20	Ivan Puentes	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Ivan P.			
22-09-20	Yamile Baquero	medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile B.			
22-09-20	Diana Roca	medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Diana R.			
22-09-20	Wilmer Velazquez	medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Wilmer V.			
22-09-20	Camila Gomez	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Camila G.			



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Ingreso	¿Está vacunado contra el dengue, zika, chikungunya o aciclovir?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zika?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro estado?	Firma del funcionario
21-09-20	Olaya Linares	Coor. Sede	Admon	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Adriano Ray	Trabajador S.	Admon	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Duvan Flores	Aux. Calido	Admon	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Eyleen Diaz	Aprendiz serv	Admon	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Maria Jose Bonilla	Aux. Talsbot	Admon	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Wilson Gutierrez	Guarda	Asisten	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Rubly Ruiz	Aux. Farma	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Carolina Barbosa	Aux. Farmacia	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Angie Machado	Aux. Farmacia	Asisten	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Erika Hernandez	Aux. Farmacia	Asisten	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Vanessa Parada	Aux. farmacia	Asisten	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Daniela Carreño	Aux. admin	Admin	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Mery Romero	Aux. laboratorio	Asistencial	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Sebastian Fallo	Aux. admin	Admin	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Yuli Beltran	Aux. admin	Admin	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Paola Tulibila	Aux. admin	Admin	No	No	36.7	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Diego Boranegra	Aux. admin	Admin	No	No	37	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	José Romero	Psicólogo	Asistencial	No	No	36.4	No	No	Si	No	No	[Firma]
22-09-20	Dorwin Gomez	Medico general	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Jovana Cordoba	Medico general	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Karina Arango	Medico general	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Cesar Guerrero	Medico general	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
22-09-20	Lorena Estaba	Medico general	Asisten	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Ingreso	¿Está vacunado contra el dengue, zika, chikungunya o aciclovir?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zika?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro estado?	Firma del funcionario
21-09-20	Katherine Chingal	Aux. Admon	Admon	No	No	36.8	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Enko Hernandez	Aux. Farmacia	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Vanessa Parada	Aux. Farmacia	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Angie Hernandez	Aux. Farmacia	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Rubly Ruiz	Aux. Farmacia	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Ingrith Cardenas	Aux. Farmacia	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Angie Carnero	Aux. Servidor	Admon	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Sebastian Fallo			No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Diego Boranegra	Aux. Admon	Admon	No	No	36.8	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Paola Tulibila	Aux. Admon	Admon	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Yuli Beltran	Aux. Admon	Admon	No	No	36.1	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Jovana Cordoba	Medico General	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Ruth Baquero	Jeje Enfermera	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Emma Arango	Medico	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Cesar Guerrero	Medico Familia	Asistencial	No	No	36.1	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Melly Sanchez	Ingeniera	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Camila Gomez	Odonatologo	Asistencial	No	No	35.8	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Marcela Morales	Aux. Odontologia	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Patricia Camargo	Aux. Ambiente	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	José Romero	Psicólogo	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Aruca Roa	Aux. Admon	Admon	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.7	No	No	No	No	No	[Firma]
21-09-20	Gracia Teller	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia y Control
 Línea Control Nacional: 0800010303

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												NOMBRE: Vendedor 2 MAR: 28 1 de 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está con síntomas respiratorios o molestias?	¿Se tomo temperatura con caso confirmado por aislamiento por nuevo controlador?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra sección?	Firma del funcionario	
18-09-20	Patricia Campos	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Luis Acosta	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Luz Romero	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36.6	SI	NO	SI	SI	NO	[Firma]	
19-09-20	Vanesa Parada	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Gabriel Babilonia	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Frika Hernandez	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Angie Machado	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Mery Romero	Aux laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Katherine Chigaité	Aux admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Juli Beltran	Aux admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Maria Navarro	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Ledy Velozquez	Medico general	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
19-09-20	Dorwin Gomez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
19-09-20	Yanile Sabogal	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
19-09-20	Camila Gomez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Mercela Morales	Aux odontolog	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Xiomara Oliva	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Carolina Barbosa	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Joddy Torres	Enfermera Prof	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]	
19-09-20	Olga Linares	Coordinadora	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Miguel Reina	Inq soporte	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-09-20	Liliana Chacon	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21-09-20	Wilson Gutierrez	Guarda	Asistencial	NO	SI	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

5.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												NOMBRE: Vendedor 2 MAR: 28 1 de 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está con síntomas respiratorios o molestias?	¿Se tomo temperatura con caso confirmado por aislamiento por nuevo controlador?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra sección?	Firma del funcionario	
2020-09-21	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-21	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
2020-09-21	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-21	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-21	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
2020-09-22	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	37,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-22	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-22	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
2020-09-22	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-22	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-22	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
2020-09-23	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-23	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-23	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
2020-09-23	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-23	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-23	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
2020-09-24	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-24	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-24	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
2020-09-24	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-24	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-09-24	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 018000190303
VIGILADO



5.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA/003 Versión: 2 May-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar (e) 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	Odisnea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
15-09-20	Alejandro Jatty	odontólogo	odontología	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
16-09-20	Alejandro Jatty	odontólogo	odontología	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
17-09-20	Alejandro Jatty	odontólogo	odontología	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
18-09-20	Alejandro Jatty	odontólogo	odontología	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	
21-09-20	Alejandro Jatty	odontólogo	odontología	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09-20	Alejandro Jatty	odontólogo	odontología	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	
23-09-20	Alejandro Jatty	odontólogo	odontología	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
24-09-20	Alejandro Jatty	odontólogo	odontología	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA/003 Versión: 2 May-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar (e) 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	Odisnea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
15-09-20	Sandra Palao	ENF	P+P	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	
16-09-20	Sandra Palao	ENF	P+P	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
17-09-20	Sandra Palao	ENF	P+P	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
18-09-20	Sandra Palao	ENF	P+P	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
21-09-20	Sandra Palao	ENF	P+P	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09-20	Sandra Palao	ENF	P+P	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	
24-09-20	Sandra Palao	ENF	P+P	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea de Consulta Normativa: 018000910302
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desarrollo	Se consumieron medicamentos antiinflamatorios o esteroides	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado por laboratorio	Variables epidemiológicas (Marcar con una X las variables que aplican)						¿Trabaja en esta etapa?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Diarrea	Fatiga y Adinamia			
11-09-20	Lujano Lopez	A. Enf	Ingeniería	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12-09-20	Lujano Lopez	A. Enf	Ingeniería	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-09-20	Lujano Lopez	A. Enf	Ingeniería	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15-09-20	Lujano Lopez	A. Enf	Ingeniería	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-09-20	Lujano Lopez	A. Enf	Ingeniería	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17-09-20	Lujano Lopez	A. Enf	Ingeniería	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18-09-20	Lujano Lopez	A. Enf	Ingeniería	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21-09-20	Lujano Lopez	A. Enf	Ingeniería	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09-20	Lujano Lopez	A. Enf	Ingeniería	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23-09-20	Lujano Lopez	A. Enf	Ingeniería	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
24-09-20	Lujano Lopez	A. Enf	Ingeniería	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desarrollo	Se consumieron medicamentos antiinflamatorios o esteroides	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado por laboratorio	Variables epidemiológicas (Marcar con una X las variables que aplican)						¿Trabaja en esta etapa?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Diarrea	Fatiga y Adinamia			
16-09-20	Jir Macho	Medico	Cons 1	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17-09-20	Jir Macho	Medico	Cons 1	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18-09-20	Jir Macho	Medico	Cons 1	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21-09-20	Jir Macho	Medico	Cons 1	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09-20	Jir Macho	Medico	Cons 1	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23-09-20	Jir Macho	Medico	Cons 1	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
24-09-20	Jir Macho	Medico	Cons 1	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Control y Vigilancia Epidemiológica
 Calle Comercio Nacional, 010000190332
VIGILADO



Jersalud												FORMASO Versión: 2 04/2019 1 DE 1		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES														
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o anestésicos?	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar síntomas/signos (Marcar con una X los valores que aplican)							Trabaja en otra entidad?	Firma del trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Colestaje	Fatiga y Ansiedad				
05-09-20	Gloria Benj	A. franco	Seam	no	no	36	no	no	no	no	no	no	Gloria B	
16-09-20	Gloria Benj	A. franco	Seam	no	no	35.3	no	no	no	no	no	no	Gloria B	
17-09-20	Gloria Benj	A. franco	Seam	no	no	35.8	no	no	no	no	no	no	Gloria B	
18-09-20	Gloria Benj	A. franco	Seam	no	no	36	no	no	no	no	no	no	Gloria B	
20-09-20	Gloria Benj	A. franco	Seam	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	Gloria B	
22-09-20	Gloria Benj	A. franco	Seam	no	no	35.8	no	no	no	no	no	no	Gloria B	
23-09-20	Gloria Benj	A. franco	Seam	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	Gloria B	
04-09-20	Gloria Benj	A. franco	Seam	no	no	35	no	no	no	no	no	no	Gloria B	

Jersalud												FORMASO Versión: 2 04/2019 1 DE 1		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES														
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o anestésicos?	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar síntomas/signos (Marcar con una X los valores que aplican)							Trabaja en otra entidad?	Firma del trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Colestaje	Fatiga y Ansiedad				
15-09-20	Ledy Morales	Recepcionista	Seam	no	no	36	no	no	no	no	no	no	Ledy Morales	
16-09-20	Ledy Morales	Recepcionista	Seam	no	no	35.8	no	no	no	no	no	no	Ledy Morales	
17-09-20	Ledy Morales	Recepcionista	Seam	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	Ledy Morales	
18-09-20	Ledy Morales	Recepcionista	Seam	no	no	36	no	no	no	no	no	no	Ledy Morales	
21-09-20	Ledy Morales	Recepcionista	Seam	no	no	36	no	no	no	no	no	no	Ledy Morales	
22-09-20	Ledy Morales	Recepcionista	Seam	no	no	35.8	no	no	no	no	no	no	Ledy Morales	
23-09-20	Ledy Morales	Recepcionista	Seam	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	Ledy Morales	
24-09-20	Ledy Morales	Recepcionista	Seam	no	no	36.2	no	no	no	no	no	no	Ledy Morales	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 01 de Agosto del 2020
 Vigilado



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiología (marcar con una X las variables que aplican)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antimalariales o esclaminción	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	
15-09-20	Monica Cruz	Higienista	odontología	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
16-09-20	Monica Cruz	Higienista	odontología	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
17-09-20	Monica Cruz	Higienista	odontología	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
18-09-20	Monica Cruz	Higienista	odontología	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
21-09-20	Monica Cruz	Higienista	odontología	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
22-09-20	Monica Cruz	Higienista	odontología	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
23-09-20	Monica Cruz	Higienista	odontología	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
24-09-20	Monica Cruz	Higienista	odontología	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Monica

5.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiología (marcar con una X las variables que aplican)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antimalariales o esclaminción	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	
2020-09-16	LUZ MARIBEL PEDRAZA	ANALISTA PISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-16	ANA MARGARITA CAMERANO	ANALISTA PISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-16	SHARLEY ALBERTO GARCIA CALDERON	ANALISTA PISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-17	RODRIGO CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	ANGELA PATRICIA ANDRÉS SUAREZ	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	LUZ MARIBEL PEDRAZA	ANALISTA PISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	ANA MARGARITA CAMERANO	ANALISTA PISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	SHARLEY ALBERTO GARCIA CALDERON	ANALISTA PISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	RODRIGO CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	ANGELA PATRICIA ANDRÉS SUAREZ	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	ANA MARGARITA CAMERANO	ANALISTA PISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	SHARLEY ALBERTO GARCIA CALDERON	ANALISTA PISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	RODRIGO CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	ANGELA PATRICIA ANDRÉS SUAREZ	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	LUZ MARIBEL PEDRAZA	ANALISTA PISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	ANA MARGARITA CAMERANO	ANALISTA PISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	SHARLEY ALBERTO GARCIA CALDERON	ANALISTA PISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	RODRIGO CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	ANGELA PATRICIA ANDRÉS SUAREZ	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-18	LUZ MARIBEL PEDRAZA	ANALISTA PISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminolén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Aftiramb	¿Trabaja en otro estable?	Firma del funcionario
18/09/2020	LUCEYANNA PETERAGA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	IVY MARICARMEN DOMERIANO	ALTA ESPECIALIDAD	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	MARISOL ESTEBAN GONZALEZ	ALTA ESPECIALIDAD	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	EDUARDO LAYRANO	ODONTOLÓGICO	ODONTOLÓGICO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

5.2.5 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 anti-inflamatorios o acetaminolén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Aftiramb	¿Trabaja en otro estable?	Firma del funcionario
18/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	ALMILAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/9/2020	OLINDA MURILLO	ALMILAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/9/2020	DIANA SANCHEZ	ALMILAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/9/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/9/2020	HEINAR RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/9/2020	MARIAH CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/9/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/9/2020	ALEXANDRA CARDEMAS	HIGIENISTA DIAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/9/2020	SONIA BONDROQUEZ	ALTA DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/9/2020	EDUARDO RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/9/2020	JULIANA ZAPATA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Linea de Atención al Paciente: 018000910302
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FECHA Versión: 1 Abr.-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificación epidemiológica (Interacción con las unidades de cuidado)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinología	Fatiga y Adinamia			
21/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINIA DE FRENTE	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINIA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
21/9/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
21/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
21/9/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/9/2020	ALEXANDRA CADEMÁS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/9/2020	SOMIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/09/2020	JULIANA ZAPATA	ODONTOLGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FECHA Versión: 1 Abr.-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificación epidemiológica (Interacción con las unidades de cuidado)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinología	Fatiga y Adinamia			
22/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINIA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINIA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
22/9/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
22/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
22/9/2020	ALEXANDRA CADEMÁS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22/9/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22/9/2020	JULIANA ZAPATA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22/9/2020	SOMIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
22/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000190333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 1 Rev: 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar al menos una vez al día (o más veces que aplique)								
				Está correctamente vacunado con los medicamentos anti-inflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra empresa?	Firma del funcionario
23/09/2020	ESPERANZA DUBENRO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/2020	OLINDA MUKILO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/2020	DIEGO BAÑOM	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/09/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/09/2020	HORBAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/09/2020	ALEXANDRA GARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/2020	JULIANA ZAPATA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/2020	SONIA BOHONQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE RISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 1 Rev: 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar al menos una vez al día (o más veces que aplique)								
				Está correctamente vacunado con los medicamentos anti-inflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra empresa?	Firma del funcionario
24/09/2020	ESPERANZA DUBENRO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/2020	OLINDA MUKILO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/2020	DIEGO BAÑOM	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/09/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/09/2020	HORBAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/09/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/2020	ALEXANDRA GARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/2020	JULIANA ZAPATA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/2020	SONIA BOHONQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE RISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



5.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Casanare

6.3.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Yopal

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos profilácticos o acetaminofén?	¿Se tomó contacto reciente con caso confirmado por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otro edificio?	Firma del Apuntado
19 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	M
19 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	M
19 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
19 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Cabo	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
19 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
19 Sep	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
19 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
19 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
19 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
19 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	SI	
19 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Marta Córdoba					36.3						
	Nelsy Miranda					35.8						

PROFESIONALES

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos profilácticos o acetaminofén?	¿Se tomó contacto reciente con caso confirmado por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otro edificio?	Firma del Apuntado
22 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	
22 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
22 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Cabo	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
22 Sep	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
22 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
22 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
22 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	SI	
22 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	SI	
22 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
22 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
	Mariana Hernandez	Asistente	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
	Nelsy Miranda					35.4						
	Marta Córdoba					35.7						
	Sandra Torres					36.2						

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oftalmología	Falga y Adenopatía	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
22 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									[Firma]
22 Sep	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									[Firma]
22 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									[Firma]
22 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									[Firma]
22 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	33.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	María Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22 Sep	Nelsy Miranda					36.3						[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oftalmología	Falga y Adenopatía	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
23 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	34.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial			35.6						[Firma]
23 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									[Firma]
23 Sep	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									[Firma]
23 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									[Firma]
23 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	María Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23 Sep	Nancy Hernandez					35.7						[Firma]
23 Sep	Nelsy Miranda					34.9						[Firma]
23 Sep	Mary Luz Martinez					34.5						[Firma]
23 Sep	Alejandra					35.5						[Firma]
23 Sep	Martha Cordoba											[Firma]
23 Sep	Encelia Torres					35.6						[Firma]

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019333



Jersalud FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

FECHA: _____
 Versión: 2
 may 20
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del Encargado				
				Está cumpliendo medicaciones profilácticas o acetilipirfen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonóticos	Fiebre local o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adinamia	Trabaja en alta epidemia?							
23 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial															
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial															
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial			35.9												
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial															
23 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Nancy Miravalles
 Dolly Hernandez

35.9
 35.9

Nutricionista
 Dolly

Jersalud FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

FECHA: _____
 Versión: 2
 may 20
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del Encargado				
				Está cumpliendo medicaciones profilácticas o acetilipirfen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonóticos	Fiebre local o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adinamia	Trabaja en alta epidemia?							
19 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial															
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial															
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial															
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial															
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial															
19 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FICHA#03 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta con un síntoma de: fiebre, tos, dificultad respiratoria o estornudos	Ha iniciado 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 alta evidencia?	Firma del funcionario
24 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial			35.4						[Firma]
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial			34.7						[Firma]
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									[Firma]
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									[Firma]
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									[Firma]
24 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	26.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Montse Martinez A
 Helena Maldonado
 Mariana Córdoba
 Sandra Jones
 Mariana Hernandez.

35.6
 36.0
 36.00
 36.5
 35.7.

Montse Martinez A
 Helena Maldonado
 Mariana Córdoba
 Sandra Jones
 Mariana Hernandez.

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FICHA#03 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta con un síntoma de: fiebre, tos, dificultad respiratoria o estornudos	Ha iniciado 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 alta evidencia?	Firma del funcionario
24 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24 Sep	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									[Firma]
24 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									[Firma]
24 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									[Firma]
24 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Marta Córdoba
 Mariana Hernandez.
 Sandra Jones
 Natalia Velasquez
 Helena Maldonado

35.3
 36.2
 34.5
 36.0

Marta Córdoba
 Mariana Hernandez.
 Sandra Jones
 Natalia Velasquez
 Helena Maldonado



5.4 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA Regional Boyacá, Meta y Casanare

REPORTE DE SINTOMAS COVID-19 PLATAFORMA ALISTA JERSALUD S.A.S											
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 13:32:02	CC	1118568585	GROSSO	HERNANDEZ	KAREN	LISETH	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/09/2020 13:13:46	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/09/2020 12:48:07	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	24/09/2020 12:23:27	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 12:05:44	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 11:48:36	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	24/09/2020 11:43:24	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/09/2020 11:40:38	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/09/2020 11:07:06	CC	1121853253	REINA	WALTEROS	MIGUEL	ANGEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 10:22:50	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	24/09/2020 10:19:52	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/09/2020 09:58:54	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 09:30:47	CC	1006773398	SANTANA	MONTOYA	JHOAN	SNEIDER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/09/2020 09:30:33	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/09/2020 09:20:27	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/09/2020 09:13:21	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	24/09/2020 08:57:18	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 08:53:57	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S.	JERSALUD SAS	24/09/2020 08:52:46	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/09/2020 08:52:17	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	24/09/2020 08:51:16	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/09/2020 08:36:48	CC	40446687	GUERRERO	OBANDOLUZ ESPERANZA GUERRERO O	LUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 08:23:39	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/09/2020 08:22:32	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 08:08:10	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/09/2020 08:05:31	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	META	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 07:51:28	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/09/2020 07:40:36	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Septiembre**

MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 07:37:29	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/09/2020 07:27:56	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 07:20:54	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/09/2020 07:15:44	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/09/2020 07:14:03	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/09/2020 07:13:28	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 07:12:34	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 07:12:14	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/09/2020 07:10:09	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/09/2020 07:00:52	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/09/2020 06:59:14	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/09/2020 06:43:00	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/09/2020 06:38:08	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	24/09/2020 06:26:31	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/09/2020 06:00:35	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 21:37:08	CC	1121905645	AVILA	GÓMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 20:19:42	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 19:20:18	CC	1007497333	SUAREZ	GUARIN	LUISA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 19:04:08	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 18:46:30	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 18:25:45	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 17:38:09	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 17:21:45	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 16:52:48	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/09/2020 15:56:14	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 15:54:56	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/09/2020 14:43:38	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 14:34:04	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 14:17:15	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	23/09/2020 14:16:28	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 13:56:52	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	SI
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/09/2020 13:34:08	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 13:08:39	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/09/2020 12:43:53	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 12:36:57	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 12:06:34	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Septiembre**



COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	23/09/2020 11:16:26	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 10:51:04	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 10:45:26	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 10:43:25	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 10:19:57	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	23/09/2020 10:13:11	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/09/2020 10:13:08	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 10:06:25	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 09:57:09	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 09:42:41	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 09:32:28	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 09:24:39	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/09/2020 09:23:45	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 09:06:09	CC	1000271662	DIAZ	MURILLO	EYLEEN	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 09:03:30	CC	1127390578	VILLEGAS	FLOREZ	DUVAN	FERNEY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/09/2020 09:01:21	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 09:00:10	CC	1030614442	JAIME	ROJAS	ANDRES	LIBARDO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 08:31:30	CC	40446687	GUERRERO	OBANDOLUZ ESPERANZA GUERRERO O	LUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 08:16:44	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 08:15:47	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 08:15:12	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 08:15:11	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	META	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 08:15:05	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/09/2020 08:12:56	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:58:02	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:52:28	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:49:35	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:46:43	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:45:22	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:42:52	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:41:24	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:40:57	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:35:01	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea de Consulta Nacional: 018000910302

www.jersalud.com



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Septiembre**



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:29:30	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:29:05	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:27:57	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:21:51	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:15:28	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:13:42	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:13:04	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:12:58	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:10:42	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:09:39	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:06:03	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/09/2020 07:01:19	CC	40044574	MAYORGA	ROIJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/09/2020 06:50:22	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/09/2020 05:56:50	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/09/2020 22:12:53	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 21:36:17	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/09/2020 21:31:52	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/09/2020 20:59:10	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 18:25:21	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/09/2020 18:07:12	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 17:34:11	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/09/2020 17:24:47	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	SI
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/09/2020 17:18:17	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/09/2020 17:06:19	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/09/2020 16:40:39	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/09/2020 15:08:11	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/09/2020 14:51:02	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 14:42:34	CC	1007497333	SUAREZ	GUARIN	LUISA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/09/2020 14:31:47	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 13:43:42	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 13:30:15	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	22/09/2020 12:47:10	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/09/2020 12:22:04	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/09/2020 12:05:17	CC	1121950663	ACUÑA	VILLADIEGOADRIANA MARCELA ACUÑA	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Septiembre**

NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/09/2020 11:38:03	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/09/2020 11:36:25	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/09/2020 11:30:02	CC	1000271662	DIAZ	MURILLO	EYLEEN	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	22/09/2020 11:26:54	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 11:26:52	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/09/2020 11:26:47	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/09/2020 11:06:42	CC	1127390578	VILLEGAS	FLOREZ	DUVAN	FERNEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 11:04:02	CC	1006773398	SANTANA	MONTOYA	JHOAN	SNEIDER	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/09/2020 10:33:08	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/09/2020 10:29:35	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	22/09/2020 10:29:11	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 10:25:20	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 10:19:30	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/09/2020 10:19:14	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/09/2020 09:48:22	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/09/2020 09:28:51	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/09/2020 09:28:36	CC	40446687	GUERRERO	OBANDOLUZ ESPERANZA GUERRERO O	LUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/09/2020 09:24:41	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 09:14:22	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/09/2020 09:12:22	CC	86056869	GARCIA	PORRAS	EDGARD	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/09/2020 09:05:37	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 08:19:12	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/09/2020 08:11:25	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:49:11	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:48:14	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:45:56	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:44:06	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:42:12	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:31:30	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:30:46	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:18:06	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:17:24	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:16:48	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:14:34	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Septiembre**

NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:11:52	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:06:49	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:06:00	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:02:22	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:01:47	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:00:42	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/09/2020 07:00:23	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/09/2020 22:47:04	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/09/2020 21:58:57	CC	1121905645	AVILA	GÓMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/09/2020 19:41:45	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/09/2020 18:11:44	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 18:07:18	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIR	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/09/2020 17:38:55	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 17:38:08	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	21/09/2020 17:37:20	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/09/2020 17:29:50	CC	43920473	ROJAS	GÓMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 17:16:04	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/09/2020 16:28:18	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/09/2020 16:26:03	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	21/09/2020 16:16:52	CC	1123567118	SANCHEZ	DIAZ	JENIFFER	ANYELY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/09/2020 16:12:33	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/09/2020 15:58:00	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/09/2020 15:00:31	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/09/2020 14:29:46	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/09/2020 14:01:25	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/09/2020 13:59:44	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 13:36:36	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/09/2020 12:58:49	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 12:39:39	CC	1007497333	SUAREZ	GUARIN	LUISA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/09/2020 10:54:08	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/09/2020 10:51:08	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 10:34:53	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 10:25:57	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/09/2020 10:04:28	CC	26422675	TACUMA	BAUTISTA	VIVIAN	JOHANNA	HUILA	NEIVA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/09/2020 09:30:17	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/09/2020 09:27:19	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Septiembre**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/09/2020 09:25:00	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/09/2020 09:23:21	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/09/2020 09:20:56	CC	40446687	GUERRERO	OBANDOLUZ ESPERANZA GUERRERO O	LUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/09/2020 09:11:55	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/09/2020 09:11:26	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/09/2020 09:02:25	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/09/2020 09:02:11	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/09/2020 08:34:07	CC	1121950663	ACUÑA	VILLADIEGOADRIANA MARCELA ACUÑ	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/09/2020 08:30:03	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/09/2020 08:23:10	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 08:20:19	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 08:18:28	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 08:07:26	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/09/2020 08:02:23	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:42:48	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:41:47	CC	23522660	MARTINEZ	COMBITA	MILDER	ASTRID	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:41:22	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:40:39	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:37:42	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:29:08	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:28:39	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:28:27	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:21:04	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:15:55	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:13:49	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
NUOVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:10:47	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:10:22	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:09:48	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:07:17	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 07:03:32	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/09/2020 06:57:40	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	21/09/2020 06:19:59	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	20/09/2020 22:44:22	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 0180001910332

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 Septiembre**

E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/09/2020 21:51:58	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/09/2020 12:43:47	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/09/2020 11:59:53	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	20/09/2020 10:10:54	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/09/2020 08:42:39	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	20/09/2020 08:35:55	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	20/09/2020 05:28:42	CC	40250253	LOPEZ	TREIOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/09/2020 05:24:13	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/09/2020 21:50:07	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/09/2020 21:09:47	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/09/2020 20:13:06	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/09/2020 13:07:09	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/09/2020 12:01:00	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/09/2020 11:14:05	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	19/09/2020 10:54:04	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/09/2020 10:26:23	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/09/2020 09:42:32	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/09/2020 08:58:07	CC	40250253	LOPEZ	TREIOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/09/2020 08:48:51	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/09/2020 08:44:04	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/09/2020 08:12:15	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/09/2020 08:12:14	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/09/2020 08:08:28	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/09/2020 08:01:45	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/09/2020 07:44:27	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/09/2020 07:39:27	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	19/09/2020 07:23:37	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/09/2020 07:18:26	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	19/09/2020 07:09:07	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/09/2020 06:54:00	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	19/09/2020 06:05:43	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/09/2020 23:02:39	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 22:38:13	CC	1007497333	SUAREZ	GUARIN	LUISA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/09/2020 22:19:25	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Septiembre**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 22:04:37	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	18/09/2020 20:20:02	CC	1123567118	SANCHEZ	DIAZ	JENIFFER	ANYELY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/09/2020 19:53:55	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 17:53:23	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/09/2020 17:44:48	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 17:39:05	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/09/2020 17:37:21	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/09/2020 15:43:05	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/09/2020 15:24:53	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/09/2020 15:18:08	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/09/2020 15:11:21	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 14:35:59	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/09/2020 14:35:52	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/09/2020 13:52:03	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	18/09/2020 13:44:19	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/09/2020 12:31:27	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 11:42:55	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 11:21:36	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 11:15:35	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/09/2020 11:00:29	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/09/2020 10:58:31	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/09/2020 10:29:12	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 09:38:04	CC	1006773398	SANTANA	MONTOYA	JHOAN	SNEIDER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/09/2020 09:32:56	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	18/09/2020 09:22:13	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 09:14:18	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/09/2020 08:31:47	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	18/09/2020 08:12:40	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/09/2020 08:02:34	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/09/2020 08:02:16	CC	1121857850	TORRES	MARTINEZ	JODDY	LISETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:53:18	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:47:48	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:42:00	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:29:19	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:20:45	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

www.jersalud.com



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:18:41	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:18:40	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:17:07	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:16:46	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:15:25	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:15:20	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:14:44	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:10:42	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:10:05	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:09:17	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:07:20	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/09/2020 07:05:26	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/09/2020 06:52:43	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/09/2020 06:43:04	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	18/09/2020 06:17:38	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/09/2020 06:15:53	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO

6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad





VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000910302



6. INVENTARIO Y PROYECCION ADQUISICIÓN EPP” S ELEMENTOS DE PROTECCIÓN

7.1 Inventario EPP

7.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	240	150		90	23	2		21
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	8			8	200	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	1130	235		895	430	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	7	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS								



	JERSALUD SAS	520	100		420	18			18
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	9			9	200	50		150
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	550	100		450	230	30		200
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	40			40	6			6

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	299	30		269	20			20
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	9			9	220	40		180

SOGAMOSO



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	200	100		100	240	30		210

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	6			6

CHIQUINQUIRÁ

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	330	50		280	15			15

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	20	20		0

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	750	50		700	140	10		130

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS								



N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	40	10		30	18			18

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	5			5	50	10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	150	50		100	20	10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
			JERSALUD SAS						

GARAGOA



	RA DE SALUD	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	40	10		30	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	60	10		50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	250	50		200	30	10		20
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	2			2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	340	10		330	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS

GUATEQUE



	JERSALUD SAS	5			5	70	10		60
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	150	50		100	30	10		20
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	2			2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	130	10		120	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	1590	10		1580
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	250	50		200	30	10		20

SOATA



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	2			2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	2800			2800	165			165

ALMACEN

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	23			23	2600			2600

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	2700		300	3000	2700			2700

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	150			150	45			45



7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

7.1.2.1 Sede Villavicencio

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	1600	0	0	1600	64	13	0	51

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	13	4	0	9	400	100

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	87	5	0	82	219	17

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	5	0	0	5	5	0



7.1.2.2 Sede Acacias

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	2	1	4	5 CAJAS	22	0	10	32

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	ACACIAS	0	0	0	0	190	40

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	ACACIAS	30	2		27	40	10

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	ACACIAS	0	0	0	0	1	0



7.1.2.3 Sede Granada

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD	3 CAJAS	1 CAJA	2 CAJAS	4 CAJAS	12 UNIDAD	2 UNIDAD	10 UNIDAD	20 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD	1	0	3	4 UNIDADES	0 UNIDAD	32 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD	4 CAJA TALLA M 3 CAJA TALLA L 3 CAJA TALLA S	1 CAJA TALLA M	2 CAJAS TALLA M	5 CAJAS TALLA M 3 CAJAS TALLA L 3 CAJAS TALLA S	31 UNIDAD	8 UNIDAD

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 24 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD	3	0	3	3	3	0

www.jersalud.com



7.1.2.4 Sede Puerto López

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud S.A.S pto López	200	21	179	179	7	0	7	7

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	Jersalud S.A.S pto López	0	0	0	0	130	15

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		3	Jersalud S.A.S pto López	8	1	7	7	50	6

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		4	Jersalud S.A.S pto López	0	0	0	0	0	0

www.jersalud.com



7.1.2.5 Sede Puerto Gaitán

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud S.A.S pto gaitan	340	21	319	319	5	0	5	5

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
		2	Jersalud S.A.S pto gaitan	3	0	3	3	158	21

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
		3	Jersalud S.A.S pto Gaitan	7	0	7	7	66	9

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
		4	Jersalud S.A.S pto gaitan	0	0	0	0	0	0



7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS – CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD SAS – YOPAL	300	115	0	185	25	7	0	18

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	JERSALUD SAS – YOPAL	1	1	0	0	183	0

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		3	JERSALUD SAS – YOPAL	7 CAJAS	9 CAJAS	0	7 CAJAS	92	12

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD SAS – YOPAL	50	0	0	50	1	5

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 24 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	CARETAS							
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD SAS – YOPAL		6	6	0	0	0

www.jersalud.com



6.2 Proyección adquisición EPP

6.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

SUMFAMEDIC S.A.S. Brindamos salud y bienestar.		Cotización No. C-1-488							
SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS NIT 901.222.681-7 Calle 9 No. 14-68 Tel: 8748246 Neiva - Colombia		<table border="1"> <tr> <td>Para</td> <td>JERSALUD SAS BOYACA</td> </tr> <tr> <td>Nit</td> <td>900.622.551-0</td> </tr> <tr> <td>Fecha</td> <td>2020-09-16</td> </tr> </table>		Para	JERSALUD SAS BOYACA	Nit	900.622.551-0	Fecha	2020-09-16
Para	JERSALUD SAS BOYACA								
Nit	900.622.551-0								
Fecha	2020-09-16								
Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total			
1	852136	AVISO PISO MOJADO	Ver	1.00	26,000.00	26,000.00			
2	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	Ver	300.00	210.00	63,000.00			
3	EQ0642439	MICROPORÉ PIEL 2x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	Ver	3.00	5,250.00	15,750.00			
4	EQRJC3LT	RECOLECTOR GUARDIAN 2.9 BIOLIFE	Ver	8.00	4,500.00	36,000.00			
5	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	Ver	113.00	4,800.00	542,400.00			
6	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	Ver	70.00	3,900.00	273,000.00			
7	1002503	ESPEJULO POTOSCOPIO (DESECHABLE ADULTO)	Ver	16.00	7,200.00	137,088.00			
8	EQ844ESPARA	ESPARADRAPO EN TELA 4X5 KENNEDY	Ver	3.00	11,500.00	34,500.00			
9	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA AZUL	Ver	4.00	18,000.00	72,000.00			
10	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	Ver	8.00	9,000.00	72,000.00			
11	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	Ver	4.00	2,200.00	8,800.00			
12	SOL-DET	BONZYME X 1000ML	Ver	1.00	38,500.00	38,500.00			
13	MEDVEN5	VENDA DE ALGODÓN LAMINADO 5 X 5 UNIDAD MEDICAL	Ver	1.00	1,900.00	1,900.00			
14	ME-0270	VENDA DE ALGODON LAMINADO X6	Ver	1.00	2,500.00	2,500.00			
15	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	1.00	28,500.00	28,500.00			
16	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	Ver	1.00	2,900.00	2,900.00			
17	E-040524	TOALLAS DE ALGODON IMPREGNADO CON ALCOHOL ISOPROPILICO AL 70% CAJA X 100 MEDICAL SUPPLIES	Ver	9.00	9,200.00	82,800.00			
18	EDLKIT	SUPER KIT CITOLÓGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	Ver	180.00	1,850.00	396,270.00			
19	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	21.00	37,000.00	777,000.00			
20	CONIRMAPO	POLAINAS DESECHABLES PAR	Ver	20.00	1,500.00	30,000.00			
21	SUHOS792	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	Ver	2.00	7,000.00	14,000.00			
22	EQ-0998	QUIRUGER GALON	Ver	1.00	72,000.00	72,000.00			
23	EQFLIA	FLJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	Ver	1.00	12,500.00	14,875.00			
24	DI-2586	GASA ESTERIL 4X4X5 UND SHERLEG	Ver	8.00	600.00	4,800.00			
25	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	10.00	4,700.00	47,000.00			
26	LEOACUX20A	APOSITO OCULAR ADULTO CAJA X 20 GOLY	Ver	1.00	9,500.00	9,500.00			
27	EDLMANUAL	MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS UNIDAD	Ver	8.00	5,882.36	56,000.07			
28	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	11.00	37,000.00	407,000.00			
29	EQYO60S	YODOPOVIDONA SOLUCION X 60 MK	Ver	1.00	3,700.00	3,700.00			

Elaboración por: Gilson S. & C. S.A.S. - BOYACÁ - JERSALUD S.A.S.




Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
30	EQYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	Ver	1.00	4,800.00	4,800.00
31	TMNB	TAPABOCAS N95 REPLICA	Ver	42.00	7,000.00	294,000.00
32	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	Ver	52.00	42,000.00	2,184,000.00
33	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	Ver	1,410.00	6,950.00	9,799,500.00
Total Bruto						15,455,608.88
Subtotal						15,455,608.88
IVA 19%						96,474.19
Total a Pagar						15,552,083.07

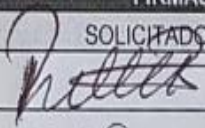
Gerente General
 sumfamedic@hotmail.com
 8748246



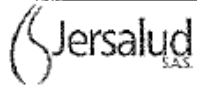
6.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta

	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
SUCURSAL/SEDE: <u>VILLAVICENCIO</u>	FECHA: <u>sep-20</u>
UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENCIO

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S CAJA X 100 UN	10
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M CAJA X100UN	30
31	GUANTES DE VYNILO	TALLA M CAJA 100XUN	10
49	TAPA BOCAS	CAJA X 50UN	30
58	ALCOHOL GALON	GALON	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
66	JABON ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
69	SOLUCION SALINA 0,9% x500 ML	BOLSA	20
81	SONDA NELATON # 8	PAQUETE X 50UN	2
84	BOLSAS PARA ALIMENTACION ENTERAL POR BOMBA DE INFUSION: Kangaroo, em		15
85	BAJALENGUAS PLASTICO	PAQUETE X50UN	2
93	BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION	FRASCO X20ML	3
95			
96			

FIRMAS	
SOLICITADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	Ruth Mary Baquero M.
CARGO	Enfermera 4018545
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	



	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
---	--

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 20/09/2020

UNIDAD	JERSALUD S.A.S.
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENCIO

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
1	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA X 10U	250
2	BATA QUIRURGICA	MANGA CORTA X 10 U	14
3	ESPECULOS INDIVIDUALES	TALLA M	100
4	ESPECULOS KIT	TALLA M	40
5	GASAS ESTERIL	PQUETE X 24U	1
6	GORROS	BOLSA X 100U	12
7	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	6
8	GUARDIAN GRANDES	RECOLECTOR	2
9	GUARDIAN PEQUEÑO	RECOLECTOR	2
10	SABANAS	90X2	5
11	TAPA BOCAS	CAJA X 50U	20
12	TAPA BOCAS N95	CAJA	190
13	TIRAS MARCA GLUCOQUICK	CAJA X50U	33
14	TIRAS CARESENS	CAJA X50U	6
15	ALCOHOL	FRASCO X 700ML	5
16	ALCOHOL GALON	GALON	7
17	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X LITRO	21
18	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	GALON	4
19	GEL CONDUCTORULTRASONIDO	GALON	3
20	GEL ANTIBACTERIAL BIDOM	BIDON	2
21	GLUTARALDEHIDO (CIDEX)	GALON	1
22	SOLUCION SALINA 0,9% 500ml	BOLSA	5
23	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	10
24	JABON QUIRURGICO	GALON	1
25	GLUTARALDEHIDO (CIDEX)	FRASCO	1
26	ROLLO BOLSA X 100	PEQUENA	2

FIRMAS

SOLICITADO POR

 OLGA SOLEDAD LINARES CÁRDENAS
 COORDINADORA DE SEDE VILLAVICENCIO

FIRMA
NOMBRE
CARGO
RECIBIDO POR:
FIRMA
NOMBRE
CARGO
FIRMA

APROBADO POR:



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
 Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Septiembre**
 6.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare



SUMIFARMEDIC S.A.S.
 SUMINISTROS FARMACEUTICOS
 MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS
 NIT 901.222.681-7
 Calle 9 No. 14-58
 Tel: 8748246
 Neiva - Colombia
 sunifarmedic@hotmail.com



Factura electrónica de venta
 No. FE-137

Señores	JERSALUD SAS YOPAL	Teléfono	3213665735	Fecha de Factura	2020-09-02	Fecha de Vencimiento	2020-09-02
NIT	900.622.551-0	Ciudad	Villavieja - Colombia				
Dirección	CLL 40 23 99						

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	5.00	9,500.00	0 %	0 %	47,500.00
2	2452	GORROS ORUGA X 100 UNO	1.00	28,500.00	0 %	0 %	28,500.00
3	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	8.00	45,000.00	0 %	0 %	360,000.00
4	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	3.00	60,000.00	0 %	0 %	180,000.00
5	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	20.00	6,950.00	0 %	0 %	139,000.00
6	TMNB	TAPABOCAS N95 REPLICA	40.00	7,000.00	0 %	0 %	280,000.00

Valor en Letras:
 Un millón treinta y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
 Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-09-02 por \$ 1,035,000.00

Observaciones:
 Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

Total Bruto 1,035,000.00

Total a Pagar 1,035,000.00

[Handwritten Signature]
Jersalud S.A.S.
 NIT: 900622551-0
RECIBIDO
 N.º B. 07-09-2020

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, Número Autorización 18764001380571 aprobado en 20200729 prefijo FE desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses Responsable de IVA - Actividad Económica Tarifa 3.5

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO

Elaborado por Sige S.A.S NIT: 830.048.145-85-8

www.jersalud.com



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



EVIDENCIAS SOLICITUD APOYO ARL PARA ADQUISICIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Evidencia Entrega de EPP por parte de ARL Positiva



VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

JERSALUD SAS

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

Dirección: CARRERA 6 #64B-195 CENTRO COMERCIAL NOGAL PLAZA LOCAL 104 TUNJA-BOYACA

Teléfono: 3125284435

BOGOTA D.C.

ASUNTO: Entrega de Elementos de Protección Personal prevención COVID 19.

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Teniendo en cuenta la situación actual del País, frente a la pandemia generada por el COVID-19, en virtud del cual se decreta el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, se expide el Decreto Legislativo 500 del 31 de marzo de 2020 y la Circular 029 de 2020 del Ministerio del Trabajo, normatividad en la que se faculta a las Administradoras de Riesgos Laborales a apoyar a los Empleadores y Empresas afiliadas que se encuentren expuestas directamente al riesgo de COVID-19 mediante la provisión parcial de algunos elementos de protección personal, como una medida contingente de promoción, prevención y asunción de crisis, procederemos a dar cumplimiento y a realizar entrega de los siguientes elementos de protección personal para ser distribuidos a sus colaboradores expuestos:

KIT	CANTIDAD
MASCARILLA QUIRURGICA	1000

Es importante anotar que los despachos de los EPP mencionados anteriormente, se realizarán a partir del día 25 Mayo del presente; por lo tanto, es posible que se realicen entregas parciales a partir de esta fecha, hasta completar la totalidad de elementos indicados anteriormente.

Es de resaltar el llamado que nos hace el Gobierno Nacional en la circular 029, en cuanto a la responsabilidad de los empleadores frente al cuidado de la salud de los trabajadores, aclarando, que el apoyo brindado por las Administradoras de Riesgos Laborales es una medida contingente y no los exime de la responsabilidad de proporcionar los elementos de protección personal y realizar actividades en seguridad y salud en el trabajo de conformidad con la legislación vigente, entre ellas Decreto 1072 de 2015 y el Artículo 176 de la Resolución 2400 de 1979 .

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 990.011.193-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-179.
Bogotá: 336-7070 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento es de todos

Reintegración

No. FOLIO: JERSALUD SAS

RECIBIDO POR: Jenny Gutierrez



8. EVIDENCIA DE NUEVA SOLICITUD DE APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Analista SST - Aura Londoño
 Mié 08/07/2020 17:06
 Para: Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>; Karen Melo
 CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistentethyopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>; Diany Duarte

Buenas tardes Diana Daza

Solicito me sea informado como va el proceso de suministro de las **pruebas** rápidas ya que es vital empezar este proceso con personal asistencial expuesto, en el caso de sede Meta los funcionarios que prestan el Servicio Domiciliario.

Quedo atenta a su pronta respuesta

Gracias

Cordialmente,

Aura Cristina Londoño Dueñas
 Analista SST
 Sucursal Villavicencio
 Cel. 320 2775564
 Correo: analistasst.meta@jersalud.com



Estamos haciendo entrega de información que contiene datos personales y/o sensibles; por lo tanto el receptor debe adoptar medidas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales. Dichas medidas tendrán por objeto evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, así como detectar desviaciones de información intencionales o no, ya sea que los riesgos provengan de la acción de medio tecnológico o humano. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Ley de Protección Datos Personales" y en el Decreto Reglamentario 1377 de 2013.

Responder | Responder a todos | Reenviar

9. EVIDENCIA CERTIFICADO AUTOEVALUACION SG-SST POR PARTE DE ARL POSITIVA

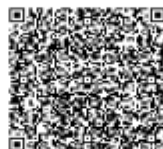


ACUSE RECIBIDO

Positiva Compañía de Seguros S.A., acusa recibido de la empresa **JERSALUD SAS** identificada con **NI 900622551**, la presentación del Plan de Mejora con los resultados de los Estándares Mínimos vigencia **2019** del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST conforme a la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un resultado del **87,5%, ACEPTABLE**.

Fecha de presentación ARL: **27/12/2019**

Número de Consecutivo: **000123**



10. EVIDENCIA PLAN DE CONTINGENCIA PARA COVID -19 (Protocolo de bioseguridad)

11.1 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Boyacá

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

Enviado: viernes, 22 de mayo de 2020 11:23 a. m.

Para: piedad.angarita@boyaca.gov.co <piedad.angarita@boyaca.gov.co>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <GerenciaBoyaca@jersalud.com>; Coordinacion Sogamoso <Coord.Sogamoso@jersalud.com>; prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com <prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com>

Asunto: manual de contingencia IPS Jersalud Boyacá

Cordial saludo

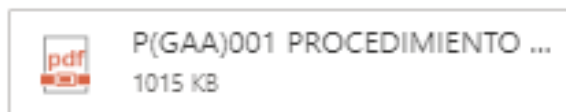
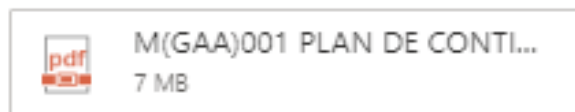
De acuerdo a solicitud, se adjuntan los siguientes documentos que contienen los lineamientos para la restauración gradual de servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por covid-19 en colombia.

Cordialmente

Mónica Salamanca R.

Profesional de Garantía de la Calidad.

Jersalud S.A.S Boyacá.



2 archivos adjuntos (8 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Mónica Salamanca R.

Profesional de Garantía de la Calidad.

Jersalud S.A.S Boyacá.



Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario a quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y desecharlo de su sistema.

www.jersalud.com





Alcaldía Mayor de Tunja
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL



1.7.2-1-4-1139

Tunja, 23 de junio de 2020

LA SUSCRITA SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICA:

Que la IPS JERSALUD S.A.S., con Código de Habilitación 150010279401, ubicado en la Carrera 6 # 64b-195 local 104-105, cuenta con los protocolos de Bioseguridad en el contexto de la actual Pandemia COVID-19, aprobados por la Secretaría de Salud de Boyacá, de conformidad con lo establecido en el documento *Orientaciones para la Restauración Gradual de los Servicios de Salud en las Fases de Mitigación y Control de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Colombia*, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y a lo establecido en la Circular 118 del 12 de mayo de 2020, emitida por la Entidad Territorial Departamental.

Por lo anterior se autoriza, de manera preliminar, la Restauración de los Servicios de Ginecobstetricia, Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria, Toma de Muestras, Tamización de Cuello Uterino, Protección Específica Atención al Recién Nacido, y Protección Específica en Planificación Familiar Hombres y Mujeres, teniendo en cuenta que la Secretaría de Protección Social de Tunja, realizará el respectivo seguimiento, durante la Restauración Gradual de la Prestación de los Servicios de Salud con base en la normatividad vigente e informará a la Entidad Territorial Departamental, si evidencia incumplimiento.

La presente certificación se expide a solicitud del Prestador de Servicios de Salud, con destino a quien interese.



LUCY ESPERANZA RODRÍGUEZ PÉREZ
Secretaria de Protección Social de Tunja

Elaboró: Linda Johana Hernández Acevedo
Revisó: Lucy Esperanza Rodríguez Pérez



mipg

SC - CER432075

NIT.891800345 - 1

Calle 19 N° 9 - 95 cuarto piso edificio municipal,
Tunja, Boyacá - 740 57 70 ext. 1720 • proteccion-social@tunja.gov.co
📞 📧 🌐 • www.tunja-boyaca.gov.co •



10.2 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Meta

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD VILLAVICENCIO CONTINGENCIA COVID 19.



M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB
Registro Autorizacion de Serv... 24 KB

5 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenas tardes:

La presente es para solicitar autorización de los siguientes servicios, para la IPS Jersalud Villavicencio:

1. Ginecología.
2. Pediatría.
3. Medicina Interna.

La prestación de las anteriores especialidades se describe en el documento plan de contingencia COVID 19 adjunto al presente correo, adicional se envían los siguientes documentos:

1. Documento de telemedicina IPS Jersalud SAS.
2. Excel inscripción de servicios para autorización.
3. Flujoigramas.

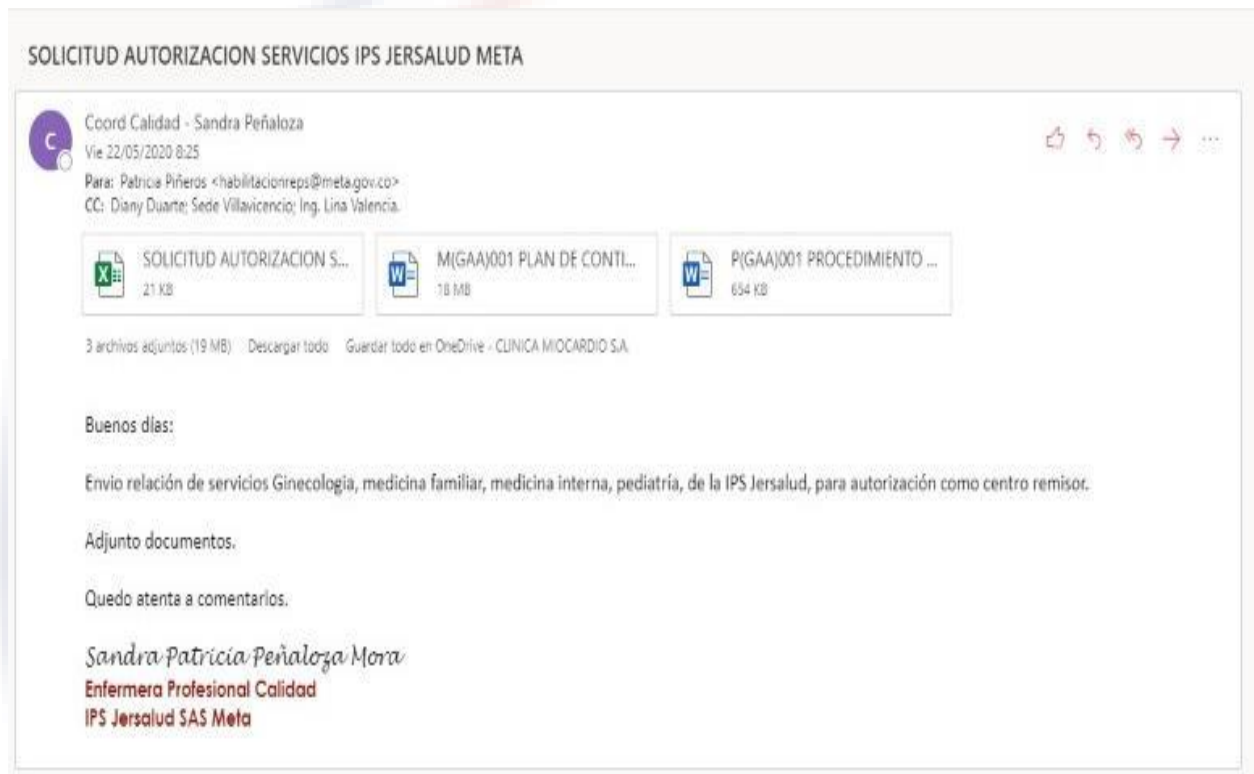
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

Quedo atenta a comentarios.

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD META

Coord. Calidad - Sandra Peñaloza
Vie 22/05/2020 8:25

Para: Patricia Piñeros <habilitacionreps@meta.gov.co>
CC: Diany Duarte; Sede Villavicencio; Ing. Lina Valencia.



SOLICITUD AUTORIZACION S... 21 KB
M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB

3 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenos días:

Envío relación de servicios Ginecología, medicina familiar, medicina interna, pediatría, de la IPS Jersalud, para autorización como centro remitot.

Adjunto documentos.

Quedo atenta a comentarios.

Sandra Patricia Peñaloza Mora
Enfermera Profesional Calidad
IPS Jersalud SAS Meta



10.3 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Casanare

PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

De: CoorCalidad.Yopal Jersalud
Enviado: miércoles, 29 de abril de 2020 15:36
Para: regsubiado yopal casanare <regsubiado@yopal-casanare.gov.co>;
coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>;
Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>
Asunto: PLAN DE CONTINGENCIA

Buen día envió plan de contingencia con las correcciones solicitadas por secretaria de salud.
Agradezco atención prestada quedo atenta.


KAREN LIZETH SOLANO AYALA
Profesional de Calidad
Sede Yopal-Casanare
3213805455

^ Ocultar historial de mensajes

AUTOEVALUACION CASANARE



CoorCalidad.Yopal Jersalud <CoorCalidad.YopalJersalud@outlook.com>
Tue 14/05/2020 18:56
Para: sivilayopal@gmail.com y 3 más
CC: Usted; coord.yopaljersalud@outlook.com y 2 más

 202005141548 ACTA LAVADO...
39 KB

 Autoevaluación Casanare.xlsx
191 KB

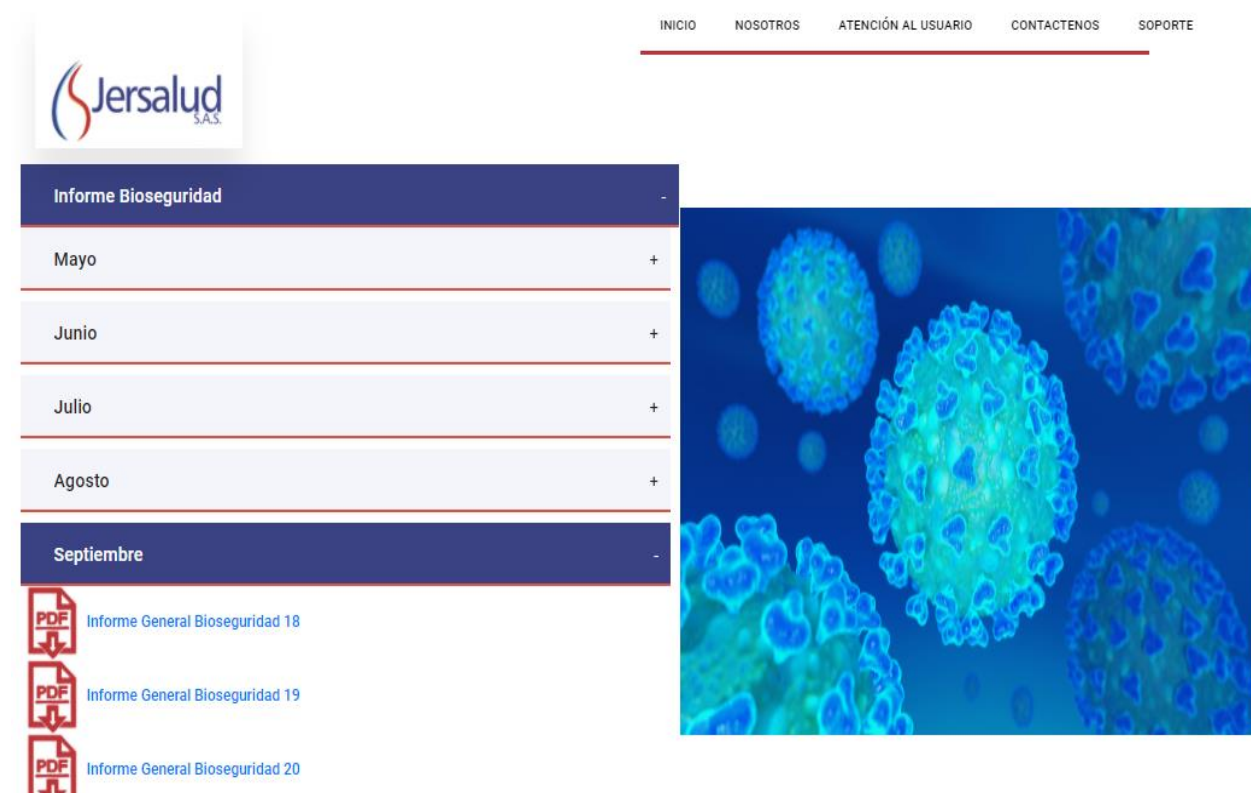
 23 ACTO DE MODIFICACIÓN ...
72 KB

 26 ACTO DE CONFORMACIO...
73 KB



11. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

12.1 Evidencia publicación en página Web



The screenshot shows the Jersalud website interface. At the top, there is a navigation menu with links: INICIO, NOSOTROS, ATENCIÓN AL USUARIO, CONTACTENOS, and SOPORTE. Below the navigation is the Jersalud S.A.S. logo. The main content area features a sidebar with a menu for 'Informe Bioseguridad' with expandable options for the months: Mayo, Junio, Julio, Agosto, and Septiembre. The 'Septiembre' option is currently selected and expanded, showing three PDF documents: 'Informe General Bioseguridad 18', 'Informe General Bioseguridad 19', and 'Informe General Bioseguridad 20'. To the right of the sidebar is a large image of a virus particle.



The screenshot shows the Jersalud website interface for the 'Actas' section. It features the same navigation menu and logo as the previous screenshot. The main content area has a sidebar with a menu for 'Actas' with expandable options for the months: Mayo, Junio, Julio, Agosto, and Septiembre. The 'Septiembre' option is selected and expanded, showing three PDF documents: 'Acta 022 Extraordinaria Copasst', 'Acta 023 Extraordinaria Copasst', and 'Acta 024 Extraordinaria Copasst'. To the right of the sidebar is a large image of a virus particle.



<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20ULIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20ULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%205%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20AGOSTO%20.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20AGOSTO%20.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20AGOSTO.pdf>

www.jersalud.com





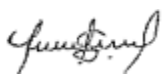

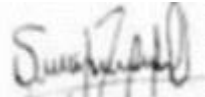

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20AGOSTO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20SEPTIEMBRE.pdf>


<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20SEPTIEMBRE.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20SEPTIEMBRE.pdf>

Aprobación

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe administrativa y de talento humano Boyacá Presidente Comité COPASST	
Karen Emilia Melo González	Jefe administrativa y de talento humano Meta Secretaria Comité COPASST	
Ysella González Cuevas	Asistente administrativo, talento humano y SST 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	