

INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 5 DE JULIO

**Del 27 al 31 de
Julio 2020**

1. REUNION COPASST JULIO SEMANA 5 DEL 27 AL 31 DE JULIO DE 2020

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

1.2 Evidencia Acta 017 de Julio 2020 Semana 5

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

ACTA N° 017 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
	30	07	2020	09:00 A.M.	09:40A.M
MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

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

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



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

1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)

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

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

Por lo anterior se verifica que la totalidad de los miembros convocados asistió a la reunión por lo cual hay QUORUM Como invitada a la reunión se encuentra asesora de ARL Positiva Diana Vivian Daza Mosquera y por parte del Ministerio de Trabajo la Dra. Sandra Janeth Silva Rodriguez.

2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR

La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #016 de Julio 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 CUMPLIENTO DE CADA TAREA)

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	SEGUIMIENTO (% de cumplimiento)	OBSERVACIONES
Realizar Reunión para ajuste plan de trabajo año 2020 con ARL	Asesor ARL Analistas SST	30/07/2020	Jersalud Nacional	Registro de asistencia	0%	
Listado para cotización batería Psicosocial	Analistas SST	29/07/2020	Jersalud Nacional	Envío Correo	0%	



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

Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud COVID-19	Asesor ARL Jefe administrativos y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC) 002	0%	
Definir la población puntual para tamizaje de las 3 regionales	Analistas SST Jefe administrativa y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Correo	100%	
Estudio de posibilidad de toma de pruebas PSR a personal de atención presencial	ARL Positiva	30/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de Reuniones F(GC) 002	0%	

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

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

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

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

SI

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

SI



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

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

SI

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

SI

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

SI

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

SI

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

SI

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

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICAD O POR EL COPASST		EVIDENCIA QUE SE DEBE ENVIAR	CALIFICA DE 1 A 100 SEGÚN CORRESPONDA	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
		SI	NO				
1	¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo al número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 5 Julio 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)



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

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 5 Julio 2020 Numeral 3 (3.1.3.2)
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 5 Julio 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X	Soporte de entrega de EPP debidamente firmados (de acuerdo a lo establecido en la matriz de EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega)	100	100%	Integrado en informe semana 5 Julio 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 5 Julio 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad 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 5 Julio 2020 Numeral 7 (7.1.7.2)
7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 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 5 Julio 2020 Numeral 8



	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN	F(GC)002
		Versión:
		1
		Oct - 2018
		6 DE 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 017 Numeral 4.4
9	Link de Publicación del informe	X		Se debe publicar semanalmente el acta de reunión donde se evidencia (calificación y verificación del cumplimiento de las medidas de prevención frente al covid-19)	100	100%	Link Publicación semana 4 de Julio en página web
10	Reunión semanal del COPASST Semanal	X		Acta de Copasst semanal	100	100%	Integrado en informe semana 5 Julio 2020 Numeral 1(1.1,1.2,1.3)
TOTAL					1000	100%	

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

ACCIONES MEJORAMIENTO	DE	RESPONSABLE	FECHA DE ELABORACIÓN
Gestión para tamizaje toma de muestra personal de salud COVID-19		Asesor ARL	30/08/2020

4.5 Se realiza socialización de capacitación de Bioseguridad emitida por ARL Positiva en la cual se dan especificaciones del uso de elementos de protección personal y nuevo lineamiento para pruebas COVID-19

4.6 Se realiza recordatorio para asistencia de Reunión con el Ministerio de trabajo Regional Casanare el día 30/07/2020 a las 02: 00p.m

4.7 Por parte de la coordinadora administrativa y de talento humano de Boyacá se solicita convocatoria a reunión de analistas SST y coordinadoras administrativas y de talento humano para concertar como se va a realizar la toma de muestras tamizaje COVID-19 para personal de salud con atención presencial.

REUNION MINISTERIO DE TRABAJO



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

4.8. Como parte de la invitación a reunión del Ministerio de trabajo en cabeza de la Dra. Sandra Janeth Silva Rodriguez, para aclarar dudas e inquietudes con respecto a la presentación de informes de actividades se explicaron los siguientes temas :

a. El Ministerio como parte del compromiso que tiene con las empresas, está brindando unos beneficios a aquellas que estén cumpliendo con todos los lineamientos establecidos en cuanto a la adopción de medidas de bioseguridad debido a la emergencia sanitaria. De acuerdo con lo anterior las empresas que reciban este beneficio deben cumplir las siguientes condiciones:

- Presentación oportuna de informe de actividades COPASST
- No presentar, ni haber presentado la empresa ningún trabajador caso positivo por contagio de COVID-19.
- No tener ningún demanda, investigación o proceso laboral por despidos o cese de actividades de trabajadores, acoso laboral entre otros que curse actualmente.
- No presentar accidentes de trabajo o enfermedad laboral grave, ni AT-EL mortales que haya sido reportada en el trascurso de la emergencia sanitaria.

El beneficio otorgado por el Ministerio de Trabajo a las empresas que cumplan con los criterios anteriormente mencionados consiste en la presentación del informe mensual y no semanal como se esta haciendo actualmente.

De acuerdo a lo anterior y en cumplimiento de las directrices del Ministerio teniendo en cuenta que al día de hoy Jersalud presenta casos positivos por COVID-19 en las regional META el beneficio que ofrece el Ministerio de trabajo no nos cobija por lo tanto se debe seguir presentando el informe de manera semanal.

4.9. No es necesario adjuntar facturas, ordenes, fichas técnicas de EPP en la presentación de cada informe semanal siempre que estos no hayan cambiado. Por tanto si los EPP adquiridos son los mismo no se hace necesario adjuntar nuevamente las fichas técnicas así mismo para la facturación.

4.10. Dentro del informe se debe indicar que trabajadores están realizando trabajo desde casa, si están en aislamiento, incapacidad, licencias. De esta forma justificar por qué no se hace necesario la entrega de EPP a este personal, lo cual debe quedar consignado en la relación del personal que se entrega.

4.11. En el inventario de insumos y EPP se debe consignar existencias anteriores, epp entregados, adquiridos y el total de las reservas de estos.

4.12. La matriz de Elementos de protección personal debe contener la rotación y periodicidad del cambio del EPP entregado.

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



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

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Realizar reunión para ajuste plan de trabajo año 2020 con ARL	Asesor ARL Analistas SST	10/08/2020	Jersalud Nacional	Registro de asistencia	
Listado para cotización de batería Psicosocial	Analistas SST	04/08/2020	Jersalud Nacional	Correo a proveedor externo	
Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud de COVID -19	Asesor ARL Jefes administrativas y de talento humano	30/08/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC)002	
Reunión Analistas SST Y Coordinadoras de talento humano para determinar cómo se realizara tamizaje COVID-19	Analistas SST Jefes administrativas y de talento humano	06/08/2020	Jersalud Nacional	Reunión aplicativo TEAMS	
Estudio de la posibilidad de toma de pruebas PSR a personal de atención presencial	ARL Positiva	30/08/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC)002	
Realizar los cambios sugeridos por el Ministerio de trabajo al Informe de Bioseguridad	Analistas SST Jefes administrativas y de Talento Humano	07/08/2020	Jersalud Nacional	Informe de Bioseguridad	


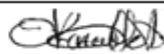
6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA
PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		


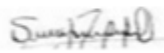



1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Julio Semana 5
1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá

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

SEDE: _____
 JERSALUD
 NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL				
TIPO DE REUNIÓN: Comité				
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 017 de 2020				
FECHA: 30/07/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:40a.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	Je fe adm in y talento humano Boyacá	Boyacá	
2 24219746	Sonia Yaneth Ruiz García	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3 1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boya cá	Boyacá	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910332



1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

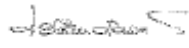

INFORMACIÓN DE GENERAL

TIPO DE REUNIÓN: Comité

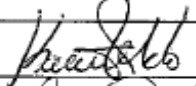



TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 017 de 2020

FECHA: 30/07/2020 HORA DE INICIO: 09:00 a.m HORA DE FINALIZACIÓN: 09:40a.m

LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare

EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa	FIRMA:	
	Karen Emilia Melo		

REGISTRO

N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121926625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	PARTICIPO POR 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
		Version: 1
		oct-18
		1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL

TIPO DE REUNIÓN: Comité		
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 017 de 2020		
FECHA: 30/07/2020	HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:40a.m
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional		
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa	FIRMA: 
	Karen Emilia Melo	

RE GISTRO

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

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



1.2.4 Evidencia socialización Acta Personal Ministerio de Trabajo

De: Asistente TH Yopal

Enviado: viernes, 31 de julio de 2020 7:04

Para: dtcasanare@mintrabajo.gov.co <dtcasanare@mintrabajo.gov.co>; ssilvar@mintrabajo.gov.co <ssilvar@mintrabajo.gov.co>; Coord Yopal - Lorena Arias <Coord.Yopal@jersalud.com>; Karen Melo <Coord.AdministrativaMeta@jersalud.com>

Asunto: Firma acta de reunion.

Buenos dias dra, de acuerdo a la reunion realizada el dia de ayer anexo el acta de COPASST correspondiente a la semana 17, en la cual se incluyo los temas tratados el dia de ayer 30 de julio. Anexo acta y listado de asistencia para su conocimiento y para que por favor me colabore con la firma en el registro de asistencia.

Agradezco su atencion, en espera de una pronta respuesta



Ysella Gonzalez

Asistente Adm - TH- SST Jersalud S.A.S Yopal-Casanare

Cel. 3213665735

Calle 40 N° 23-99 Yopal



REGISTRO DE ASISTENCIA MI...

57 KB



ACTA 017 EXTRAORDINARIA ...

655 KB

2 archivos adjuntos (712 KB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.




1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST



2. IDENTIFICACION ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COVID -19

2.1 Base de datos personal de colaboradores Regional Boyacá

 BASE DE DATOS PERSONAL JERSALUD BOYACÁ								
No	TIP O DO C	No. IDENTIFICACION	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1052410687	EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	DUITAMA	DIRECTA	INTERMEDIO	
2	CC	1052403488	ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
3	CC	24219746	SONIA YANETH RUIZ GARCIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
4	CC	23284976	SANDRA SOFIA MOZO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
5	CC	46672546	SANDRA BEATRIZ MALAVER AVENDAÑO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
6	CC	46455020	MILENA ANDREA QUINTERO TORRES	JEFE DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
7	CC	46681354	SORAIDA EDITH BRIJALDO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
8	CC	46458143	HIDALY TRIANA TRIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
9	CC	1053608206	DIANA MARCELA CERCADO AVELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
10	CC	46456242	DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
11	CC	1053340626	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
12	CC	1053348812	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
13	CC	1053348179	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
14	CC	1002526470	YENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
15	CC	23810177	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
16	CC	46370222	MARIA CONSTANZA BENAVIDES PENAGOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
17	CC	33676330	FANNY MARLENY CAICEDO AVILA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	
18	CC	1014188587	YULY MARCELA MUÑOZ ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
19	CC	53081059	DEISY JEANNETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
20	CC	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
21	CC	23552508	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
22	CC	24080048	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
23	CC	1049625040	MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
24	CC	1075266835	LINA MARIA VALENCIA MONTENEGRO	INGENIERA DE PROCESOS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
25	CC	1019014458	BIBIANA GOMEZ ALFONSO	AUXILIAR CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
26	CC	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACION	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
27	CC	1022935321	FRANCELINA JUNCO CASTELBLANCO	ANALISTA CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
28	CC	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
29	CC	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
30	CC	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
31	CC	1051212157	JOSE ARMANDO FUQUEN RIOS	ANALISTA ACTIVOS FIJOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
32	CC	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
33	CC	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
34	CC	52963532	MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
35	CC	46672428	LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
36	CC	1049616557	MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
37	CC	40038562	MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
38	CC	72205029	JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
39	CC	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
40	CC	46378245	SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
41	CC	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Julio**



42	CC	33367367	GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
43	CC	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
44	CC	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
45	CC	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
46	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
47	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
48	CC	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
49	CC	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
50	CC	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
51	CC	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
52	CC	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUARAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
53	CC	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
54	CC	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
55	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
56	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
57	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
58	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
59	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
60	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERÍA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
61	CC	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
62	CC	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
63	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
64	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	INCAPACIDAD 5 DIAS DESDE 28/07/2020
65	CC	1049799152	NIYIRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
66	CC	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	
67	CC	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
68	CC	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INTERMEDIO	TRABAJO EN CASA
69	C.E	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	
70	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
71	CC	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
72	CC	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
73	CC	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
74	CC	1057585417	DEISY YAMILLE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
75	CC	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
76	CC	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
77	CC	93409150	URIEL CRUZ VEGA	VICEPRESIDENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
78	CC	52354872	JANNETH ANDREA BARRETO DOMINGUEZ	ANALISTA DE TESORERIA	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
79	CC	16187457	ALBERTO MORA BAHOS	DIRECTOR DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES-TIC	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
80	CC	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUNPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
81	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
82	CC	46366489	MERCEDES BARRERA BOTIA	GERENTE DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
83	CC	1075255284	ANDRES FELIPE HERNANDEZ HURTADO	ANALISTA JURIDICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
84	CC	7726108	JUAN MANUEL MONTOYA HERNANDEZ	PRESIDENTE	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
85	CC	1052399313	ZULMAYARITH BETANCUR BECERRA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
86	CC	1052020668	DEISY LILIANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
87	CC	53065807	LEIDY CAROLINA AMAYA TALERIO	COORDINADOR TECNICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
88	CC	39623766	FLOR ALBA RINCON ACOSTA	COORDINADOR DE PRESTACION DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
89	CC	93136734	MILTON ANDRES SANCHEZ PERDOMO	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
90	CC	1049634115	JENIFFER MATEUS LOPEZ	TRABAJADOR SOCIAL	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
91	CC	1002461363	DIANA SOFIA CHAPARRO CHAPARRO	APRENDIZ SENA	DUITAMA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA



92	CC	33377254	DIANA YANIRA IBAÑEZ DIAZ	APRENDIZ SENA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
93	CC	1002340134	DANIELA SUAREZ RUANO	APRENDIZ SENA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	

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	TRABAJO EN CASA
2	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
3	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
4	35262590	BLANCA LI CARVAJAL MORENO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
5	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
6	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
7	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
8	40218844	YULY YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
9	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
10	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
11	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
12	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
13	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
14	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
15	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
16	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
17	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
18	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
19	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
20	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
21	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
22	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
23	1121930221	YURLEY CAMACHO CORDERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
24	1121862132	MERY YADIRA GARCIA ALVAREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
25	23835203	NANCY NIÑO CHAURA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
26	1233493768	JENNIFER CATALINA CASTRO GUERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
27	20546130	ANA BEATRIZ REINA REINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
28	1122237190	DIANA MARCELA NEIRA ROJAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
29	1121947580	VIVIANA ANDREA CARDENAS QUINTERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
30	1121905645	SANDRA YAMILE AVILA GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	INCAPACIDAD
31	40250253	MARIELA LOPEZ TREJOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Julio**



32	86064317	EDWIN ALFONSO DUQUE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
33	1121933152	LINA FERNANDA VELASQUEZ BETANCOURT	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
34	40397178	ZULMA YOMARA BOTIA HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
35	40039701	MARTHA LUCIA SOLER CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
36	1193142908	JENNIFER DAYANA GUERRA LOPEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
37	1121950663	ADRIANA MARCELA ACUÑA VILLADIEGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
38	1121898940	MAIRA FAISULY ROJAS CORREAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
39	1120502407	LAURA CAMILA PADILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
40	40404908	BIANEY RAMIREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
41	40326034	JULY CAROLINA ROJAS HERRERA	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
42	1121846960	GRECIA YAJAYRA TELLEZ CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
43	1122123786	DINA LUZ VILLALOBOS ACOSTA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
44	1121880489	JENNY SHIRLEY GUTIERREZ SIERRA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
45	39537576	SANDRA PATRICIA REY BOLAÑOS	NUTRICIONISTA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TELECONSULTA
46	1019071171	ADRIANA LORENA REY RODRIGUEZ	TRABAJADORA SOCIAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
47	1014278902	MARIA FERNANDA MATEUS GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
48	40325831	FRANCY PAOLA PEDROZA CORTES	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
49	1001401438	BLADIMIR CUELLO MAUSA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
50	1121891060	LEIDY KATHERINE PIZARRO RIVAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
51	1121867640	JENNIFER ALEXANDRA BOCANEGRA ANDRADE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
52	1121888001	CRISTHIAN CAMILO HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
53	1123403310	KAREN MELITZA GUTIERREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
54	1121912611	JEISON ALEXANDER MARIN BEDOYA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
55	40443936	SANDRA MARCELA DIAZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
56	1006733676	JESICA PONTON PALACIOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
57	1006878894	NUBIA RAMOS CALDERON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
58	53761940	SANDRA MILENA CIFUENTES PEREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
59	1234791356	DAYANA LICETH GONZALEZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
60	1121848225	AMANDA KATHERINE TUNJANO RODRIGUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
61	1123567118	JENIFFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
62	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
63	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
64	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
65	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
66	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
67	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
68	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
69	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	ANALISTA DE FACTURACIÓN	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
70	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
71	1121916803	SEBASTIAN FALLA MUNEVAR	AUXILIAR DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	

www.jersalud.com



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Julio**



72	1007449166	ANGIE DANIELA CARREÑO RAMIREZ	AUXILIAR DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
73	1006827165	LAURA SOFIA PINTO QUEVEDO	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
74	1006773398	JHOAN SNEIDER SANTANA MONTOYA	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
75	1121871702	LEIDY VIVIANA GUTIERREZ CASTAÑEDA	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
76	1121911795	HENRY DAVID BELTRAN CASTAÑO	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
77	1192792356	JULIAN DAVID GOMEZ TABORDA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
78	1093755032	INGRID JHONNA CARDENAS MORA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
79	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
80	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
81	40185140	RUTH MARY BAQUERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
82	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
83	40329336	YENI CAROLINA ORTIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
84	1119894087	MORELIA JINETH MORA FRANCO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
85	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
86	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
87	52045168	IMNA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
88	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
89	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
90	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
91	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
92	41242448	CLAUDIA YANETH RAMIREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
93	1098719395	LEIDY CAROLINA TELLEZ RUIZ	REGENTE DE FARMACIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
94	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
95	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
96	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
97	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
98	1120498277	DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
99	1121827319	MARIAN GISELA CASTRO BELTRAN	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
100	97611226	HERNAN DARIO RAMOS	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
101	86069207	WILSON JAVIER HERRERA SILVA	REGENTE DE FARMACIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
102	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
103	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
104	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
105	1121947473	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR DE FARMACIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
106	1121914029	ROSELL NATALIA VELASQUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
107	43920473	MIRIAM LILIANA ROJAS GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
108	1129534204	LIZ DAYANA MARID VASQUEZ	MEDICO GENERAL	PUERTO GAITAN	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
109	1090394053	LEYDDY AZUCENA MORALES TEJEDOR	REGENTE DE FARMACIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
110	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 Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo-Talento Humano- SST	YOPAL	DIRECTA	INTERMEDIO	TRABAJO PRESENCIAL
4	CC	1080015590	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
5	CC	1.118.574.733	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
6	CC	1118553056	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
7	CC	1010201040	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL/MEDIA JORNADA
8	CC	1.118.550.591	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
9	CC	9432965	Henry Dario Uva	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
10	CC	1118533308	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
11	CC	1054090740	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
12	CC	47440972	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO DESDE CASA POR AISLAMIENTO PREVENTIVO HASTA EL DIA 30 DE JULIO
13	CC	1118570378	Maria Natalia Cediell	Auxiliar de enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
14	CC	84455111	Harold Guillermo Peñaranda Caballero	Medico general	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA



3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

Telas Desechables

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

Usos

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



Colores Disponibles en telas Desechables

Ficha Técnica

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

Polipropileno

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

Resistencia Química

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

Características

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



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



Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166



Página 1 de 1



FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

GORROS DESECHABLES NO ESTERIL

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

ELABORADO POR

DIONY ANDREA GALLEGU SIERRA

REVISADO POR

CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRIA

APROBADO POR

JULIANE ALVARADO HERRERA

Copia Controlada





FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

POLAINAS DESECHABLES NO ESTERIL

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

ELABORADO POR

Diona
DIONY ANDREA GALLEGO SIERRA

REVISADO POR

Carlos
CARLOS MARCO RAYO ECHAVARRIA

APROBADO POR


Juliana
JULIANA ZIGANDO PONCE

Copia Controlada



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



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

FICHA TÉCNICA



1. Referencias del respirador:

REFERENCIA	PRESENTACIÓN
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 ligamento polvado con polvo biodegradable
- ✓ Guantes ambidiestros, máxima comodidad y flexibilidad.
- ✓ No estériles
- ✓ Impermeable, con dispensador que garantiza la integridad del producto.
- ✓ Hecho de materia extraña, rebobos y aristas cortantes.
- ✓ Aseptico, hiperalérgico, atóxico.

CARACTERISTICAS

- ✓ Elaborados de 100% Látex natural, sin polvo y/o ligeramente lubricados con polvo biodegradable notado 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 455-5, EN 455-6 y ASTM D 3075-01

INDICACIONES

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

VENTAJAS

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

DIMENSIONES

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


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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

3.2.1 Factura Regional Boyacá



SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS
NIT 901.222.681-7

Calle 9 No. 14-68
 6748246
 Neiva - Colombia
 sumfamedic@hotmail.com

Factura de venta **Nº: 2363**

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

Fecha de factura: 2020-07-09
Vendedor:
Centro de costo: 0
Cotización:

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	V. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	V. Total
1	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	1,000.00	7,700.00	0 %	0 %	7,700,000.00

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

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

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

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

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

18

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019333
 VIGILADO





SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS

NIT 901.222.681-7

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

Factura de venta

Nº: 2383

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

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

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

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

Valor en Letras:

Un millón ciento cuarenta mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

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

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

Observaciones:

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18763005570393 aprobado en 20200434 prefojo desde el número 2051 al 5000 Vigencia:

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

Elaborado por

Firma recibido



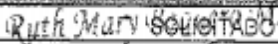

3.2.2 Cotización Regional Meta

	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENIO FECHA: jul-20

UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENIO

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
8	APLICADORES DE ALGODON	PQUETE X 20U	10
14	CURAS REDONDAS	CAJA	1
25	GORROS	BOLSA x100 UN	1
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S CAJA X 100 UN	10
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M CAJA X100UN	30
30	GUANTES QUIRURGICOS	TALLA 7,5 CAJA X50UN	3
31	GUANTES DE VYNILO	TALLA M CAJA 100XUN	10
36	JERINGAS X 10CC	CAJA X100UN	3
40	JERINGAS X 5CC	CAJA X 5UN	1
47	SABANAS	90X2 PAQUETE X 5UN	1
49	TAPA BOCAS	CAJA X 50UN	30
50	TAPA BOCAS N95	CAJA CAJA X50UN	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
64	JABON QUIRURGICO	FRASCO X 120 ml	3
66	JABON ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
76	ISODINE ESPUMA	FRASCO X60ML	2
81	SONDA NELATON # 8	PAQUETE X 50UN	2
86	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADULTO	TALLA M UND	10
87	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION PEDIATRICA	UNIDADES	5
88	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA CORTA TALLA M	UNIDAD	20
89	OVEROL ANTIFLUIDOS TALLA M	UNIDAD	20
93	BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION	FRASCO X20ML	5
95			
96			

FIRMAS	
FIRMA	
NOMBRE	Ruth Mary Bugarero
CARGO	COORDINADORA SERVICIO DOMICILIARIA
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	Jessica Cañon
CARGO	Asistente Admin.
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

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

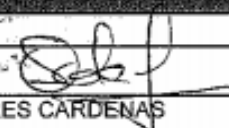
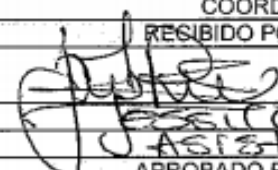


	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 17/07/2020

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

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
2	AGUJA HIPODERMICA 21GX1 1/2	CAJA	1
	BATA QUIRURGICA	MANGA CORTA X 10U	5
10	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA X 10U	20
14	CURAS REDONDAS	CAJA	4
25	GORROS	BOLSA X 100U	17
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	17
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	7
28	GUANTES VINILO	TALLA M	2
29	GUANTES DE MANEJO	TALLA L	6
36	JERINGAS X 10CC	CAJA	1
39	JERINGAS X 5CC	CAJA X 100U	4
46	SABANAS	90X2 BOLSA X10 U	5
48	TAPA BOCAS	CAJA X 50U	35
49	TAPA BOCAS N95	CAJA X 50U	6
50	TIRAS MARCA GLUCOQUICK	CAJA X50U	4
51	TIRAS CARESENS	CAJA X 50U	10
57	ALCOHOL	FRASCO X 700ML	10
58	ALCOHOL GALON	GALON	5
59	CITOFIJADOR	FRASCO SPRAY	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X LITRO	1
61	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	GALON	2
63	GLUTARALDEHIDO (CIDEX)	GALON	3
67	LIDOCAINA AL 2% TAPA AZUL	FRASCO	1
69	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	2
72	CIDEX OPA	GALON	2

FIRMA	
NOMBRE	OLGA SOLEDAD LINARES CARDENAS
CARGO	COORDINADORA DE SEDE
FIRMA	
NOMBRE	Asistente Admin
CARGO	Asistente Admin
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Cometa No. 100, Bogotá, D.C.
 Teléfono: (01) 2600910332
VIGILADO





NIT: 900.669.318-3

PAPELERIA

ASEO

CAFETERIA

PUBLICIDAD-COMERCIAL

MEDICO-QUIRURGICA

COTIZACIÓN DP: 07-123

22 de Julio de 2020

Señores

JERSALUD S.A.S.

Srta. Jessica M. Cañón

Departamento de Compras

La ciudad

Por medio de la presente cotizamos los productos requeridos por su compañía.

COTIZACIÓN VARIOS

DESCRIPCIÓN / ARTICULO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
APLICADORES DE MADERA CON ALGODÓN CAJA X 1000 UNDS	1	\$ 26.749	\$ 26.749
APLICADORES LARGOS	1	NO DISP	NO DISP
BROMURO DE PRATROPIO SOLUCION FRASCO X 20 ML	5	NO DISP	NO DISP
CURAS REDONDAS CAJA x 100 UNDS ***	1	\$ 5.312	\$ 5.312
GEL ANTIBACTERIAL FRASCO X 1000 ML ***	15	\$ 18.000	\$ 270.000
GORRO T/ORUGA BOLSA X 100 UNDS ***	1	\$ 21.600	\$ 21.600
GUANTE DE LATEX T/M PACA X 10 CAJAS X 100 UNDS. CADA CAJA***	3	\$ 312.000	\$ 936.000
GUANTE DE VINILO T/M CAJA X 100 UNDS	10	NO DISP	NO DISP
GUANTE QUIRURGICO T/7.5 CAJA X 50 UNDS	3	NO DISP	NO DISP
GUANTES DE NITRILO TALLA S CAJA X 250 UNDS ***	1	\$ 44.200	\$ 44.200
GUANTES DE VINILO TALLA L CAJA X 96 UNDS ***	12	\$ 30.160	\$ 361.920
GUANTES LATEX TALLA S - CON TALCO PACA X 10 CAJAS X 100 UNDS. CADA CAJA***	1	\$ 270.000	\$ 270.000
JABÓN ANTIBACTERIAL FRASCO X 500 ML ***	30	\$ 8.580	\$ 257.400
JABON QUIRURGICO GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% x 1000 ML ***	3	\$ 41.795	\$ 125.385
JERINGA X 10 CC CAJA X 100 UNDS. ***	3	\$ 37.800	\$ 113.400
JERINGA X 5 CC CAJA X 100 UNDS. ***	1	\$ 31.050	\$ 31.050
MICRONEBULIZADOR (KIT) - TAMANO: ADULTO	10	\$ 9.231	\$ 92.310

CALLE 52 A SUR #29-55 TEL: 7284549 www.distribuidoraproyectar.com BOGOTA D.C.



3.2.3 Factura Regional Casanare

SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS
NIT 901.222.681-7

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

Factura de venta **N°: 2403**

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

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

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

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

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

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

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

Elaborado por Sligo S.A.S Nit: 830.046.745-16-8

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

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

NIT 901222681-7
Calle 9 No. 15 - 54 Neiva - Huila

Elaborado por Firma recibida

21-07-2020.



4. ENTREGA OPORTUNA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

4.1 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Boyacá

4.1.1 Entrega elementos de protección personal sede Tunja

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1										
Apellidos y Nombres Completos <u>Olivera Isobel Jimenez A</u>		Cédula <u>4636113</u>										
		Unidad <u>C. Externos</u>										
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>												
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 07 2020		✓	-	S	I	✓	-	-	S	-	SOPAS/TAPABOCAS VISITAS DOMICILIARIAS	<u>Olivera Isobel Jimenez A</u>
25 07 2020		✓	-	I	I	✓	-	-	I	-	-	<u>Olivera Isobel Jimenez A</u>
27 07 2020		✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	<u>Olivera Isobel Jimenez A</u>
28 07 2020		✓	-	S	I	✓	-	-	S	-	SOPAS/TAPABOCAS VISITAS DOMICILIARIAS	<u>Olivera Isobel Jimenez A</u>
29 07 2020		✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	<u>Olivera Isobel Jimenez A</u>
30 07 2020		✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	<u>Olivera Isobel Jimenez A</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
<p>Yo, <u>Olivera Isobel Jimenez A</u> identificado (a) con CC: <u>4636113</u>, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.</p>												

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1										
Apellidos y Nombres Completos <u>Gilma Liliana Rosal</u>		Cédula <u>33367367</u>										
		Unidad <u>C. Externos</u>										
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>												
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 07 20	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-	WILBERTA	<u>Conch</u>
27 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	WILBERTA	<u>Conch</u>
28 07 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	WILBERTA	<u>Conch</u>
29 07 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	WILBERTA	<u>Conch</u>
30 07 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	WILBERTA	<u>Conch</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
<p>Yo, <u>Gilma Rosal</u> identificado (a) con CC: <u>33367367</u>, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.</p>												

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gustavo A. Moreno Abello	79373 PPS	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 07 20	X			X					X			Gustavo Moreno
27 07 20	X			X					X			Gustavo Moreno
29 07 20	X			X					X			Gustavo Moreno
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 Moreno Abello identificado (a) con CC: 79373 PPS, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Alfonso Rojas Henao	1019069117	ADCU

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 07 20				X								TAPA BOCAS	
27 07 20				X					X			BATA Y TAPABOCAS	
28 07 20				X								TAPABOCAS	
29 07 20				X								TAPABOCAS	
30 07 20				X								TAPABOCAS	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Diego Alfonso Rojas Henao identificado (a) con CC: 1019069117, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Zipa Vargas Giselle Andrea</u>	Cédula <u>1.049647500</u>	Unidad <u>Consulta Externa 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
24 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
25 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
27 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		<i>[Signature]</i>
28 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
29 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
30 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
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: 1.049647500, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Barrera Cecilia</u>	Cédula <u>90045734</u>	Unidad <u>C. Ext.</u>
---------------------------------------------------------	---------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
24 07 20				X									<i>[Signature]</i>
27 07 20	X			X					X				<i>[Signature]</i>
28 07 20	X			X									<i>[Signature]</i>
29 07 20	X			X									<i>[Signature]</i>
30 07 20	X			X									<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Torres Acavedo Jhonel</u>	Cédula <u>46378245</u>	Unidad <u>C. Ex</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				
24 07 20				X		X								
25 07 20	X			X		X								
27 07 20	X			X		X								
28 07 20	X			X		X								
29 07 20	X			X		X								
30 07 20	X			X		X								
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Jhonel M. 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 <u>Yoly Patricia Ovalle P</u>	Cédula <u>23324561</u>	Unidad <u>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	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										
27 7 20				X										
28 7 20				X										
30 7 20				X										
30 7 20				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Rodriguez Boyaca Maira Cristina</i>	<i>1 049 625 040</i>	<i>Consulta Externa</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
24 07 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maira Rodriguez</i>
27 07 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maira Rodriguez</i>
28 07 2020	-	-	-	-	Y	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maira Rodriguez</i>
29 07 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maira Rodriguez</i>
30 07 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maira Rodriguez</i>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, *Maira Cristina Rodriguez* Identificado (a) con CC: *1 049 625 040*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	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>Uscac Sanchez Andriam Dora</i>	<i>1054658729</i>	<i>C. Extern Tung</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
27 07 20	-	-	-	Y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Andriam Dora</i>
28 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Andriam Dora</i>
29 07 20	-	-	-	Y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Andriam Dora</i>
30 07 20	-	-	-	Y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Andriam Dora</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, *Andriam Dora Uscac Sanchez* Identificado (a) con CC: *1054658729*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000190332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jenifer Mateus Lopez	10491639.115	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	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 07 20				X									Jenifer Mateus
25 07 20				X									Jenifer Mateus
27 07 20				X				X					Jenifer Mateus
28 07 20				X									Jenifer Mateus
29 07 20				X									Jenifer Mateus
30 07 20				X									Jenifer Mateus
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jenifer Mateus Lopez Identificado (a) con CC: 10491639.115, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Yanira Ibañez Diaz	33377254	Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 07 20	X			X					X				Diana Ibañez
25 07 20	X			X					X				Diana Ibañez
27 07 20	X			X					X				Diana Ibañez
28 07 20	X			X					X				Diana Ibañez
29 07 20	X			X					X				Diana Ibañez
30 07 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 Yanira Ibañez Diaz Identificado (a) con CC: 33377254, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
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
Flaet Abaiz Monica	1049616557	Consulta

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Polainas			
24 07 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
27 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		[Firma]
28 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
29 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
30 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Monica Flaet Abaiz Identificado (a) con CC: 1049616557 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Zahraiyuth Bebaruv Bebera	1052379 313	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
	Coifa	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 07 20				X	X				X				[Firma]
27 07 20				X	X				X				[Firma]
28 07 20				X	X				X				[Firma]
29 07 20				X	X				X				[Firma]
30 07 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910302
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos GARRIDO Sepulveda Diabo Fileno	Cédula 40048087	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		
27 07 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												

Yo, Diabo Fileno Identificado (a) con CC: 40048087, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Jenny Gabriela Ortiz Marmel	Cédula 105234070	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		
28 07 20				X								
27 07 20				X					X			
28 07 20				X								
29 07 20				X								
30 07 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Jenny Gabriela Ortiz Marmel Identificado (a) con CC: 105234070, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0180001910333
 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
Seplveda Benavides Maria Cecilia	63342876	Tungurahua

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Bata y Gorro	[Firma]
28 07 20				X									[Firma]
29 07 20				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, Maria Cecilia Seplveda B Identificado (a) con CC: 63342876. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Olivia Sanchez Ramirez	40030112	Tungurahua Jersalud

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27 07 2020			X	X								Bata y Gorra	[Firma]
28 07 2020				X								Bata y tapabocas Gorra	[Firma]
29 07 2020				X								Bata y Gorra	[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, Olivia Sanchez R Identificado (a) con CC: 40030112. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0980091033



	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 Sofia Hino	23284976	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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
24 07 20	X			X		X			X					
27 07 20	X			X		X			X					
28 07 20	X			X		X			X					
29 07 20	X			X		X			X					
30 07 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														

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Caballes Vera Sandra Virginia	60264082	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 07 20	X			X										
27 07 20	X			X					X					
28 07 20	X			X										
29 07 20	X			X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Sandra Virginia Caballes Vera Identificado (a) con CC: 60264082. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

Apellidos y Nombres Completos <i>María Juana Pedraza Varga</i>	Cédula <i>40017103</i>	Unidad <i>Consulta Externa</i>
--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 07 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
25 07 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
28 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
29 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
30 07 20	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, *María Juana Pedraza V* Identificado (a) con CC: *40017103* Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sosa Gabriela V</i>	Cédula <i>72125029</i>	Unidad <i>C. Exp</i>
----------------------------------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 07 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
27 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
28 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
29 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
30 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *Sosa Gabriela V* Identificado (a) con CC: *72125029* Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000910333
 Línea de Atención al Cliente: 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
<i>Gersun David Gonzalez</i>	<i>1049638771</i>	<i>Taura</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 07 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Gersun</i>
25 07 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Gersun</i>
27 07 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Gersun</i>
28 07 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Gersun</i>
29 07 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Gersun</i>
30 07 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Gersun</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Juan Cepano Gale</i>	<i>40027046</i>	<i>Taura</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 07 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	<i>teleconsulta</i>	<i>Juan Gale</i>
28 07 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	<i>teleconsulta</i>	<i>Juan Gale</i>
29 07 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	<i>teleconsulta</i>	<i>Juan Gale</i>
30 07 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	<i>teleconsulta</i>	<i>Juan Gale</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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea 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
Ronny Admnd Alvaro H	40039607	Extorno

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 07 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	Tela conoito	J Almo
28 07 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	Tela conoito	J Almo
29 07 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	Tela conoito	J Almo
30 07 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	Tela conoito	J Almo
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, Admnd Alvaro H Identificado (a) con CC: 40039607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jairo Escobar John Ben	7130163	C-5

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			J Almo
29 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			J Almo
28 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			J Almo
29 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			J Almo
30 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			J Almo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, John Ben 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
Reyes Camargo María Paula	1049632802	Administrativo

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólinas			
24 07 20				X									María Paula Reyes
25 07 20				X									María Paula Reyes
27 07 20				X					X				María Paula Reyes
28 07 20				X									María Paula Reyes
29 07 20				X									María Paula Reyes
30 07 20				X									María Paula Reyes
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Joel Durán López	1124023697	C. Ex.

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	Pólinas			
24 07 20	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-			Joel Durán López
25 07 20	-	X	-	X	X	X	-	-	-	-			Joel Durán López
27 07 20	-	X	-	X	X	X	-	-	X	-			Joel Durán López
28 07 20	-	X	-	X	X	X	-	-	-	-			Joel Durán López
29 07 20	-	X	-	X	X	X	-	-	-	-			Joel Durán López
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Joel Durán López 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910332
 Línea de Atención al Cliente: 018000910332
VIGILADO



4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Capa	Monografía de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
29 Jul 20	1			4					1			<u>Orlando</u>
29 Jul 20	5			5					5			<u>Orlando</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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	Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>NECADO AELLA DIANA MARCELA</u>	Cédula <u>1003608206</u>	Unidad <u>ZETAUO DUITAMA</u>
---------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Capa	Monografía de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 06 20				X					X		GINABOCA S. 1 BATA	<u>DIANAC.</u>
08 06 20				X					X		STARABOCS. 1 BATA	<u>DIANAC</u>
16 06 20				X					X		2 TAPABOCS. 1 BATA	<u>DIANAC</u>
23 06 20				X					X		TAPABOCS. 1 BATA	<u>DIANAC</u>
30 06 20				X					X		STARABOCS. 1 BATA	<u>DIANAC</u>
07 07 20				X					X		STARABOCS 1 BATA	<u>DIANAC</u>
13 07 20				X					X		GINABOCS 1 BATA	<u>DIANAC</u>
24 07 20	X			X					X		7 TAPABOCS 1 BATA	<u>DIANAC</u>
28 07 20	X			X					X		STARABOCS 1 BATA	<u>DIANAC</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, DIANA NECADO Identificado (a) con CC: 1003608206, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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	Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos Ezeun Lucia Cepeda Higueria	Cédula 1052410687	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.

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28/05/20	X			X					X		3 tapabocas - 1 bata des	[Firma]
04/06/20	X			X					X		5 tapabocas - 1 bata	[Firma]
08/06/20	X			X					X		5 tapabocas - 1 bata	[Firma]
16/06/20	X			X							2 tapabocas - 1 cofre	[Firma]
23/06/20	X			X					X		1 cofre - 4 tapabocas - 1 bata	[Firma]
30/06/20	X			X					X		5 tapabocas - bata - cofre	[Firma]
06/07/20	X			X					X		5 tapabocas - bata - cofre	[Firma]
17/07/20	X			X					X		5 tapabocas - bata - cofre	[Firma]
24/07/20	X			X							1 cofre 4 tapabocas	[Firma]
27/07/20	X			X					X		1 cofre 5 tapabocas 7 bata	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos Pina Quica Sofia Mabel	Cédula cc: 33365493	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.

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	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					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, Sofia Mabel Pina 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 Central Nacional: 02000910303
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos Tejedo Seivao Angely Dorely	Cédula 24167247	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.

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajinas		
29/07/2020	✓			✓					✓		5 Guantes 5 tapabocas.	Angely F
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, Angely Dorely Tejedo Seivao 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.

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

Apellidos y Nombres Completos RODRIGUEZ RAMON GENT	Cédula 79 536444	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.

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajinas		
13/07/2020	✓			5					1		Tapabocas HC	RAMON GENT
20/07/2020	✓			4					1		Tapabocas HC	RAMON GENT
27/07/2020	✓			5					1		Tapabocas HC	RAMON GENT
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, RAMON RODRIGUEZ RAMON GENT 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 Control Nacional: 0800091033
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólvora			
18/06/20	X			X							X		Lina M.
23/06/20	X			X							X	5 Tapabocas	Lina M.
30/06/20	X			X							X	4 Tapabocas	Lina M.
06/07/20	X			X							X	6 Tapabocas	Lina M.
13/07/20	X			X							X	5 Tapabocas	Lina M.
20/07/20	X			X							X	5 Tapabocas	Lina M.
27/07/20	X			X							X	6 Tapabocas	Lina M.
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Arendaza Eguia Gloria Isabel</u>	Cédula <u>1049628122</u>	Unidad <u>Análisis</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	Pólvora			
26/06/20	X			X							X	Tapabocas 41bata + 1 gore	[Firma]
04/07/20	X			X							X	Tapabocas 51bata	[Firma]
05/07/20	X			X							X	Tapabocas 61bata	[Firma]
08/07/20	X			X							X	Tapabocas 4, 1 bata	[Firma]
23/07/20	X			X							X	Tapabocas 5 1 bata	[Firma]
30/07/20	X			X							X	Tapabocas 6 1 bata	[Firma]
06/08/20	X			X							X	Tapabocas 6 1 bata	[Firma]
08/08/20	X			X							X	Tapabocas 5 1 bata	[Firma]
20/08/20	X			X							X	Tapabocas 5 1 bata	[Firma]
20/08/20	X			X							X	Tapabocas 6 1 bata	[Firma]
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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
NANCY MORELON	23323980	DURAMA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
20 07 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>		0 de 90	
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, Nancy Morelon 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.

	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 Hidalgo	46458143	Durama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>		2 Tapabocas	
23 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>		4 Tapabocas	
30 06 20				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>		5 Tapabocas	
08 07 20				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>		5 Tapabocas	
13 07 20				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>		6 Tapabocas	
24 07 20				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>		4 Tapabocas	
27 07 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>		6 Tapabocas	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 0800019033
VIGILADO



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

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

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogate de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 06 20	X			X							4 tapabocas.	RiPi
09 06 20				X							5 tapabocas.	RiPi
08 06 20	X			X					X		6 Tapabocas.	RiPi
16 06 20	X			X					X		2 tapabocas.	RiPi
23 06 20	X			X					X		5 tapabocas	RiPi
28 06 20	X			X					X		5 tapabocas	RiPi
13 07 20	X			X					X		5 tapabocas	RiPi
22 07 20	X			X					X		4 tapabocas	RiPi
29 07 20	X			X					X		6 tapabocas	RiPi
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	Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Acero Matinez Diana Patricia	46456247	Oitama

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogate de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 06 20				X					X		1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
06 07 20				X					X		1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
13 07 20				X					X		1 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
24 07 20				X					X		1 bata 4 tapabocas	DIANA ACERO
29 07 20	X			X					X		5 batas 5 tapabocas	DIANA ACERO
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea 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
Chaparro Chaparro Diana Sofía	1002461363	

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

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

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

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	Cédula	Unidad
Carrillo Lopez Cesar	9530770	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26/05/20				X						X		elementos de epp	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
07/06/20				X								EPP	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
18/06/20													<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
18/07/20										X		EPP	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
28/06/20				X						X		EPP	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
30/06/20				X						X		EPP	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
30/06/20				X						X		EPP	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
08/07/20				X						X		EPP	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
10/07/20				X						X		EPP	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
20/07/20				X						X		EPP	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
29/07/20				X						X		EPP	<i>Cesar Carrillo Lopez</i>
DD MM AA													

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

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>Edida de aguas</u>	<u>32775986</u>	<u>Sagamoso</u>

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

Elementos De Protección Personal												Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monopala de seguridad	Carra desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X					X			EPP.	<u>[Firma]</u>
01 06 20				X					X			epp	X <u>[Firma]</u>
08 06 20				X					X			epp	X <u>[Firma]</u>
16 06 20				X					X			epp	X <u>[Firma]</u>
23 06 20				X					X			epp	X <u>[Firma]</u>
08 07 20				X								epp	X <u>[Firma]</u>
13 07 20				X								epp	X <u>[Firma]</u>
27 07 20				X								epp	X
27 07 20				X								epp	X
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

	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>Sebastian Rivera (hombres)</u>	<u>1049614080</u>	<u>Sagamoso</u>

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

Elementos De Protección Personal												Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monopala de seguridad	Carra desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 05 20		X		X					X			Elementos de EPP	<u>[Firma]</u>
01 06 20		X		X					X			elementos de epp	X <u>[Firma]</u>
08 06 20				X					X			EPP	<u>[Firma]</u>
16 06 20				X					X			EPP	<u>[Firma]</u>
23 06 20				X					X			EPP	<u>[Firma]</u>
30 06 20				X					X			EPP	<u>[Firma]</u>
08 07 20				X					X			EPP	<u>[Firma]</u>
13 07 20				X					X			EPP	<u>[Firma]</u>
22 07 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	epp para prueba rapidas	X <u>[Firma]</u>
27 07 20				X					X			EPP	<u>[Firma]</u>
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Controladora Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Malaver Alejandra Sandra</u>	<u>46672546</u>	<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.

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 05 20				X					X		Elemento EPP	<u>Sandra Malaver</u>
1 06 20				X					X		Elemento EPP	<u>Sandra Malaver</u>
8 06 20				X					X		Elementos EPP	<u>Sandra Malaver</u>
16 06 20				X					X		Elementos EPP	<u>Sandra Malaver</u>
23 06 20				X					X		elementos epp	<u>Sandra Malaver</u>
30 06 20				X					X		elementos epp	<u>Sandra Malaver</u>
08 07 20				X					X		elementos epp	<u>Sandra Malaver</u>
13 07 20				X					X		Elementos EPP	<u>Sandra Malaver</u>
20 07 20				X					X		elementos EPP	<u>Sandra Malaver</u>
27 07 20				X					X		elementos EPP	<u>Sandra Malaver</u>
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Deisy Vargas Benera</u>	<u>1057525417</u>	<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.

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 05 20				X					X		elementos de epp	<u>Deisy Vargas</u>
01 06 20				X					X		elementos de epp	<u>Deisy Vargas</u>
08 06 20				X					X		elementos de epp	<u>Deisy Vargas</u>
16 06 20				X					X		elementos de epp	<u>Deisy Vargas</u>
23 06 20				X					X		elementos de epp	<u>Deisy Vargas</u>
30 06 20				X					X		epp	<u>Deisy Vargas</u>
08 07 20				X					X		epp	<u>Deisy Vargas</u>
13 07 20				X					X		epp	<u>Deisy Vargas</u>
20 07 20				X					X		epp	<u>Deisy Vargas</u>
27 07 20				X					X		epp	<u>Deisy Vargas</u>
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Deisy Vargas Benera Identificado (a) con CC: 1057525417 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta 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	Cédula	Unidad
HERNANDEZ HERNANDEZ DEISY CAROLINA	1.049631798	SOLANZO C. EXTERNA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 05 20				X						X	elementos de epp	[Firma]
01 06 20				X						X		[Firma]
08 06 20				X						X		[Firma]
16 06 20				X						X		[Firma]
23 06 20				X						X		[Firma]
30 06 20				X						X		[Firma]
06 07 20				X						X		[Firma]
13 07 20				X						X		[Firma]
21 07 20				X						X		[Firma]
27 07 20				X						X		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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
LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	1053338926	Chiquinquirá

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 07 2020	X			X								[Firma]
16 07 2020				X								[Firma]
17 07 2020				X								[Firma]
21 07 2020	Y			X					X			[Firma]
22 07 2020				X								[Firma]
23 07 2020				Y								[Firma]
24 07 2020				X								[Firma]
25 07 2020	Y			Y								[Firma]
27 07 2020				Y					X			[Firma]
28 07 2020				X								[Firma]
29 07 2020				Y								[Firma]
30 07 2020				Y								[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 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
JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	1053 348 179	Chiquiquero

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pelainas			
16 07 2020				X									Juliana Suarez
17 07 2020				X									Juliana Suarez
22 07 2020				X					X				Juliana Suarez
23 07 2020	X			X									Juliana Suarez
24 07 2020				X									Juliana Suarez
25 07 2020	X			X									Juliana Suarez
27 07 2020	X			X					X				Juliana Suarez
28 07 2020				X									Juliana Suarez
29 07 2020				X									Juliana Suarez
30 07 2020	X			X									Juliana Suarez
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
SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	1053340626	Chiquimayra

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pelainas			
16 07 2020				X									Shirley R.
17 07 2020				X									Shirley R.
21 07 2020	X			X					X				Shirley R.
22 07 2020				X									Shirley R.
23 07 2020				X									Shirley R.
24 07 2020	X			X					X				Shirley R.
29 07 2020				X									Shirley R.
30 07 2020				X									Shirley R.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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



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

Apellidos y Nombres Completos ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	Cédula 1082896913	Unidad Chiquinquirá
----------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 07 2020	X			X								Erika Saucedo
17 07 2020				X								Erika Saucedo
18 07 2020				X								Erika Saucedo
21 07 2020	X			X					X			Erika Saucedo
22 07 2020				X								Erika Saucedo
23 07 2020				X								Erika Saucedo R.
24 07 2020				X								Erika Saucedo R.
25 07 2020				X								Erika Saucedo R.
27 07 2020	X			X					X			Erika Saucedo R.
28 07 2020				X								Erika Saucedo R.
29 07 2020				X								Erika Saucedo R.
30 07 2020				X								Erika Saucedo R.

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 MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	Cédula 1053348812	Unidad Chiquinquirá
---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 07 2020	X			X								Melissa C
21 07 2020	X			X					X			Melissa C
22 07 2020				X								Melissa C
23 07 2020				X								Melissa C
24 07 2020				X								Melissa C
25 07 2020				X								Melissa C
27 07 2020				X					X			Melissa C
28 07 2020				X								Melissa C
29 07 2020				X								Melissa C
30 07 2020				X								Melissa C
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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
JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	100252640	Chigquirá

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
16 07 2020				X								Yennifer Ballen
17 07 2020				X								Yennifer Ballen
18 07 2020				X								Yennifer Ballen
21 07 2020	X			X					X			Yennifer Ballen
22 07 2020				X								Yennifer Ballen
23 07 2020				X								Yennifer Ballen
24 07 2020				X								Yennifer Ballen
27 07 2020	X			X					X			Yennifer Ballen
28 07 2020				X								Yennifer Ballen
29 07 2020				X								Yennifer Ballen
30 07 2020				X								Yennifer Ballen
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	1073380836	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
16 07 2020				X								Gloria B
17 07 2020				X								Gloria B
18 07 2020				X								Gloria B
22 07 2020	X			X					X			Gloria B
23 07 2020				X								Gloria B
24 07 2020				X								Gloria B
27 07 2020	X			X					X			Gloria B
28 07 2020				X								Gloria B
29 07 2020				X								Gloria B
30 07 2020				X								Gloria B
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

Apellidos y Nombres Completos BLANCO ARENAS IVONNE ANDREA	Cédula 63529281	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27 07 20				X									
28 07 20				X									
29 07 20				X									
30 07 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, 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 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 07 20				X					X				
29 07 20				X									
30 07 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollainas					
27 07 20												X		I. GORIO	Silvia Peña
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, Ana Silvia Peña Narvaez Identificado (a) con CC: 23783002, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos v Nombres Completos NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	Cédula 63362434	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollainas					
27 07 20				X								X			
28 07 20				X											
29 07 20				X											
30 07 20				X											
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

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

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 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			
27 07 20				X									<i>Leidy Saenz</i>
28 07 20				X									<i>Leidy Saenz</i>
29 07 20				X									<i>Leidy Saenz</i>
30 07 20				X									<i>Leidy Saenz</i>
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 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.

4.1.6 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 Ramirez Armandito	Cédula 531409	Unidad Garagoa
-----------------------------------------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 07 20	X	X	X	X		X			X	X			<i>[Signature]</i>
27 07 20	X	X	X	X		X			X	X			<i>[Signature]</i>
28 07 20	X	X	X	X		X			X	X			<i>[Signature]</i>
29 07 20	X	X	X	X		X			X	X			<i>[Signature]</i>
30 07 20	X	X	X	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													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional, 0100019103032
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Santos, Dora Diana Kocio	Cédula 1020752786	Unidad Garagoa-Guateque
------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

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

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

Yo, Dora Diana Santos Identificado (a) con CC: 1020752786, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Camelo Suárez May	Cédula 33676746	Unidad Garagoa
-----------------------------------------------------------	---------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 07 2020	X			X					X				[Firma]
28 07 2020	X			X					X				[Firma]
29 07 2020	X			X					X				[Firma]
30 07 2020	X			X					X				[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, May Camelo Suárez 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
 Línea Correo Nacional: 08000910303
VIGILADO



4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Daniel Castro</u>	Cédula <u>1049799152</u>	Unidad <u>Guateque 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			
29 07 20	X	X	X	X					X				<u>Daniel Castro</u>
25 07 20	X	X	X	X					X				<u>Daniel Castro</u>
27 07 20	X	X	X	X					X				<u>Daniel Castro</u>
28 07 20	X	X	X	X					X				<u>Daniel Castro</u>
29 07 20	X	X	X	X					X				<u>Daniel Castro</u>
30 07 20	X	X	X	X					X				<u>Daniel Castro</u>
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>Muñoz Romeo Uday Mercedes</u>	Cédula <u>1014185587</u>	Unidad <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			
24 07 20	X			X		X			X				<u>Uday Muñoz</u>
27 07 20	X	X		X		X			X				<u>Uday Muñoz</u>
28 07 20	X			X		X			X				<u>Uday Muñoz</u>
29 07 20	X			X		X			X				<u>Uday Muñoz</u>
30 07 20	X			X		X			X				<u>Uday Muñoz</u>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Uday Mercedes Muñoz Identificado (a) con CC: 1014185587, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
PUPO MORENO MELISSA	1045725343	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 07 20			X	X		X							
27 07 20			X	X		X							
28 07 20			X	X		X							
29 07 20			X	X		X							
30 07 20			X	X		X							
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Melissa Pupo Moreno Identificado (a) con CC: 1045725343, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
CARRANZO RODRIGUEZ VICTOR MANUEL	74.282.876	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
27 07 2020	X			X					X				
28 07 2020	X			X					X				
29 07 2020	X			X					X				
30 07 2020	X			X					X				
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, _____ 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: 01800019333
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		Cédula	Unidad										
MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO		1140868607	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ										
<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 enel Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>													
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajainas			
24				1		2							<i>[Firma]</i>
25				1		2							<i>[Firma]</i>
27	1			1	1	2			1		uso de N95 Exclusivo para atención de pacientes presenciales. Se hace entrega de respirador M500 con filtro M400	<i>[Firma]</i>	
28				1		3							<i>[Firma]</i>
29				1		2							<i>[Firma]</i>
30				1		2							<i>[Firma]</i>
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
<p>Yo, <u>Maria Paula Campos</u> Identificado (a) con CC: <u>1140868607</u>, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.</p>													

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033										
			Versión: 3										
			ago-19										
			1 de 1										
Apellidos v Nombres Completos		Cédula	Unidad										
DEISY LILIANA ESTEVES		1052020668	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ										
<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 enel Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>													
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajainas			
24				1									<i>[Firma]</i>
27													<i>[Firma]</i>
28	1			1		2			1		N 95 Para uso exclusivo para atención de pacientes en consulta de manera presencial. Se hace entrega de respirador M500 con filtro M400	<i>[Firma]</i>	
29				1		1							<i>[Firma]</i>
30				1									<i>[Firma]</i>
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
<p>Yo, <u>Deisy Liliana Esteves</u> Identificado (a) con CC: <u>1052020668</u>, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.</p>													

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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 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					
24	7	2020				1		2							<i>Isabel Jerrano</i>
25	7	2020				1		4							<i>Isabel Jerrano</i>
28	7	2020	1			1	1	4			1		N95 Para uso exclusivo de toma de muestras de laboratorio		<i>Isabel Jerrano</i>
29	7	2020				1		4							<i>Isabel Jerrano</i>
30	7	2020				1		4							<i>Isabel Jerrano</i>
00	MM	AA													
00	MM	AA													

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
24	7	2020				1									<i>Alix Acevedo</i>
27	7	2020	1			1					1				<i>Alix Acevedo</i>
28	7	2020				1									<i>Alix Acevedo</i>
28	7	2020				1									<i>Alix Acevedo</i>
30	7	2020				1									<i>Alix Acevedo</i>
00	MM	AA													
00	MM	AA													
00	MM	AA													
00	MM	AA													

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

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
MILDER ASTRID MARTINEZ

Cédula
23522660

Unidad
JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable		
07/07/2020	1								1		Milder Martinez
08/07/2020				1							Milder Martinez
09/07/2020				1							Milder Martinez
10/07/2020				1							Milder Martinez
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 de Consulta Nacional: 01800010303



4.2 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Meta

4.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1		
Apellidos y Nombres Completos <u>César A. Guerrero Solamencia</u>		Cédula <u>1082774101</u>				Unidad <u>Cons. Catuna Ullaco</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. 888 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y 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, lo 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	Gaunas de látex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Posilane			
16	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
17	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
18	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
21	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
22	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
23	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
24	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
25	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
27	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
28	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
29	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
30	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
31	7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]	
Yo, <u>César Armando Guerrero S</u> Identificado (a) con CC: <u>1082774101</u> Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.														

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1		
Apellidos y Nombres Completos <u>Falla Munevar Sebastian.</u>		Cédula <u>1121.916.803</u>				Unidad <u>Administrativo.</u>								
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 888 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y 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, lo 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	Gaunas de látex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Posilane			
16	7 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Sebastian Falla	
17	7 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Sebastian	
18	7 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Sebastian Falla	
21	7 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]	
22	7 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]	
23	7 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]	
24	7 2020													
25	7 2020													
27	7 2020													
28	7 2020													
29	7 2020													
30	7 2020													
31	7 2020													
Yo, <u>Sebastian Falla Munevar</u> Identificado (a) con CC: <u>1.121.916.803</u> Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.														

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 0180001910303
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>Adriana Rey Rodriguez</u>	<u>1.019.071.171</u>	<u>Trabajo Social</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. 896 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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	
	Ceña	Monogafio de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
16 7 2020	X		X										
17 7 2020	X		X										
18 7 2020													
21 7 2020													
22 7 2020													
23 7 2020													
24 7 2020													
25 7 2020													
27 7 2020													
28 7 2020													
29 7 2020													
30 7 2020													
31 7 2020													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>JOSE ROMERO RAMIREZ</u>	<u>86.080.094</u>	<u>CONS EXT. VILLAVIEJA</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. 896 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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
	Ceña	Monogafio de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas		
16 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
17 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
18 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
21 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
22 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
23 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
24 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
25 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
27 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
28 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
29 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
30 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
31 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800910303
 Línea Correo Nacional: 0800910303



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

Apellidos y Nombres Completos: Blas Bomero Cédula: 73125025 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. 689 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 anel Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos: Donna Leon Duran Cédula: 1121829724 Unidad: U/a

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 689 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 anel Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofre	Monopieles de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas ME con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de algodón	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
16	7	2020													
17	7	2020													
18	7	2020													
21	7	2020	X	X		X	X	X							
22	7	2020	X	X		X	X	X				X	X	Recibo en conformidad	Donna
23	7	2020	X	X		X	X	X				X	X	Recibo en conformidad	Donna
24	7	2020	X	X		X	X	X				X	X	Recibo en conformidad	Donna
25	7	2020	X	X		X	X	X				X	X	Recibo en conformidad	Donna
27	7	2020	X	X		X	X	X				X	X	Recibo en conformidad	Donna
28	7	2020	X	X		X	X	X				X	X	Recibo en conformidad	Donna
29	7	2020	X	X		X	X	X				X	X	Recibo en conformidad	Donna
30	7	2020	X	X		X	X	X				X	X	Recibo en conformidad	Donna
31	7	2020	X	X		X	X	X				X	X	Recibo en conformidad	Donna

Yo, Donna Leon Duran Identificado (a) con CC: 1121829724, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Controladora Nacional: 018000910303
VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033										
			Versión: 3										
			ago-19										
			1 de 1										
Apellidos y Nombres Completos		Cédula	Unidad										
Rojas Herrera July Carolina		40326034	Ulcio.										
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.													
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopista de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gauntines de látex	Gauntines de nitrilo	Gauntines de neylon	Bata desechable	Pelotas			
16	7	2020											
17	7	2020											
18	7	2020											
21	7	2020											
22	7	2020											
23	7	2020											
24	7	2020											
25	7	2020											
27	7	2020											
28	7	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Kit Consultorio 2.	
29	7	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Kit consultorio 2	
30	7	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Kit Consultorio 2	
31	7	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Kit Consultorio 2	

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033										
			Versión: 3										
			ago-19										
			1 de 1										
Apellidos y Nombres Completos		Cédula	Unidad										
Beltran Montes Juli		40218844	Ulcio.										
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.													
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopista de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gauntines de látex	Gauntines de nitrilo	Gauntines de neylon	Bata desechable	Pelotas			
16	7	2020											
17	7	2020											
18	7	2020											
21	7	2020											
22	7	2020											
23	7	2020											
24	7	2020											
25	7	2020											
27	7	2020											
28	7	2020											
29	7	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-		
30	7	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-		
31	7	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos: Puentes Romero Neis Cédula: 1010182935 Unidad: Villavicencio

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

Fecha (DD/MM/AA)	Ceña	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NIS con virutas	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas	Observaciones	Firma
16	7	2020	X									
17	7	2020	X									
18	7	2020	X									
21	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X		
22	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X		
23	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X		
24	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X		
25	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X		
27	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X		
28	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X		
29	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X		
30	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X		
31	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X		

Yo, Neis Camilo Puentes identificado (a) con CC: 1010182935 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: Guerra Fanny Any Cédula: 40331097 Unidad: Operad - Villavicencio

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

Fecha (DD/MM/AA)	Ceña	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NIS con virutas	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas	Observaciones	Firma
16	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	
17	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	
18	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	
21	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	
22	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	
23	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	
24	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	
25	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	
27	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	
28	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	
29	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	
30	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	
31	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unil	

Yo, Fanny Any Guerra identificado (a) con CC: 40331097 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Yamille Sotoy An</u>	Cédula <u>40372867</u>	Unidad <u>Jersalud 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
	Cofre	Monogato de seguridad	Cara desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 7 2020	X		X	X		X			X				
17 7 2020	X		X	X		X			X				
18 7 2020	X		X	X		X			X				
21 7 2020	X		X	X		X			X				
22 7 2020	X		X	X		X			X				
23 7 2020	X		X	X		X			X				
24 7 2020	X		X	X		X			X				
25 7 2020	X		X	X		X			X				
27 7 2020	X		X	X		X			X				
28 7 2020	X		X	X		X			X				
29 7 2020	X		X	X		X			X				
30 7 2020	X		X	X		X			X				
31 7 2020	X		X	X		X			X				

Yo, Paula Sotoy An identificado (a) con CC: 40372867 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Bustos Sotelo Sandra Consuelo</u>	Cédula <u>4044096</u>	Unidad <u>Jersalud 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
	Cofre	Monogato de seguridad	Cara desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 7 2020													
17 7 2020													
18 7 2020													
21 7 2020													
22 7 2020				X									Sandra
23 7 2020				X									Sandra
24 7 2020													
25 7 2020													
27 7 2020													
28 7 2020													
29 7 2020													
30 7 2020													
31 7 2020													

Yo, Sandra Consuelo Bustos identificado (a) con CC: 4044096 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000190303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Tunjano R. A. Katherine	Cédula 1.121.848.225	Unidad Vicencia
-----------------------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 680 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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 desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16	7	2020											
17	7	2020											
18	7	2020											
21	7	2020											
22	7	2020	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	Consulta Virtual.	Katherine T
23	7	2020	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	Consulta Virtual.	Katherine T
24	7	2020	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	Consulta Virtual.	Katherine T
25	7	2020	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	Consulta Virtual.	Katherine T
27	7	2020	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	Consulta Virtual	Katherine T
28	7	2020	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	Consulta Virtual.	Katherine T
29	7	2020	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	Consulta Virtual	Katherine T
30	7	2020											
31	7	2020											

Yo, **Amanda Tunjano R.** Identificado (a) con CC: **1.121.848.225**, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Blanca Licorajal Horacio	Cédula 35262.540	Unidad Protección
------------------------------------------------------------------	----------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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 desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16	7	2020											
17	7	2020											
18	7	2020											
21	7	2020											
22	7	2020											
23	7	2020											
24	7	2020											
25	7	2020											
27	7	2020											
28	7	2020											
29	7	2020	X	X		X	X			X			
30	7	2020	X	X		X	X			X			
31	7	2020	X	X		X	X			X			

Yo, **Blanca Licorajal Horacio** Identificado (a) con CC: **35262.540**, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



4.2.2 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 Juliana Popo	Cédula 43920473	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	
	Celofa	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 07 20				X									[Firma]
15 07 20				X									[Firma]
16 07 20			X	X					X				[Firma]
17 07 20			X	X					X				[Firma]
18 07 20			X	X									[Firma]
21 07 20			X	X					X				[Firma]
22 07 20			X	X									[Firma]
23 07 20			X	X					X				[Firma]
24 07 20			X	X					X				[Firma]
27 07 20			X	X					X				[Firma]
28 07 20			X	X					X				[Firma]
29 07 20			X	X					X				[Firma]

	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 43920473	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	
	Celofa	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 07 20			X	X					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: 01800010303
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sandro Patino Romeo</i>	Cedula <i>1.042.000.19</i>	Unidad <i>Jersalud</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 1964, 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 07 20				X									<i>Sandro</i>
15 07 20				X					X				<i>Sandro</i>
16 07 20				X					X				<i>Sandro</i>
17 07 20			X	X					X				<i>Sandro</i>
18 07 20			X	X					X				<i>Sandro</i>
21 07 20			X	X					X				<i>Sandro</i>
22 07 20			X	X					X				<i>Sandro</i>
23 07 20			X	X					X				<i>Sandro</i>
24 07 20				X					X				<i>Sandro</i>
27 07 20				X					X				<i>Sandro</i>
28 07 20			X	X					X				<i>Sandro</i>
29 07 20			X	X					X				<i>Sandro</i>

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sandra Patino</i>	Cedula <i>1.042.000.19</i>	Unidad <i>Jersalud</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 1964, 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 07 20				X					X				<i>Sandra</i>
31 07 20													
01 08 20													
02 08 20													
03 08 20													
04 08 20													
05 08 20													
06 08 20													
07 08 20													
08 08 20													
09 08 20													
10 08 20													
11 08 20													
12 08 20													
13 08 20													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010332
 VIGILADO



4.2.3 Entrega elementos de protección personal sede Puerto López

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

Apellidos y Nombres Completos JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	Cédula 12565313	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 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1852 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2460 de 1979, Decreto 1072 de 2016 así el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (dd/mm/aaaa)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Carta	Atenuación de seguridad	Carcia elástica	Tapabocas descartables	Tapabocas PSE con refrenda	Guaños de látex	Guaños de nitrilo	Guaños de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 7 2020		X		X		X				X			
2 7 2020		X		X		X				X			
3 7 2020		X		X		X				X			
6 7 2020		X		X		X				X			
7 7 2020		X		X		X				X			
8 7 2020	X	X		X		X				X			
9 7 2020	X	X		X		X				X			
10 7 2020	X	X		X		X				X			
11 7 2020	X	X		X		X				X			
13 7 2020	X	X		X		X				X			
14 7 2020	X	X		X		X				X			
15 7 2020	X	X		X		X				X			
16 7 2020	X	X		X		X				X			
17 7 2020	X	X		X		X				X			
21 7 2020	X	X		X		X				X			
22 7 2020	X	X		X		X				X			
23 7 2020	X	X		X		X				X			
24 7 2020	X	X		X		X				X			
26 7 2020	X	X		X		X				X			
27 7 2020	X	X		X		X				X			
28 7 2020	X	X		X		X				X			
29 7 2020	X	X		X		X				X			
30 7 2020	X	X		X		X				X			
31 7 2020													

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

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

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

ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	1121925239	CONSULTA EXTERNA
---------------------------------------	-------------------	-------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 586 de 1970 y Res. 46 de 1932 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

No. de entrega	Fecha	Año	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma		
			Botas	Montañas de seguridad	Cascos desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas textil con ventanilla	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polvo				
1	7	2020			X	X		X								
2	7	2020			X	X		X								
3	7	2020			X	X		X								
4	7	2020			X	X		X								
5	7	2020			X	X		X								
6	7	2020			X	X		X								
7	7	2020			X	X		X								
8	7	2020			X	X		X								
9	7	2020			X	X		X								
10	7	2020	X		X	X		X								
11	7	2020	X		X	X		X								
13	7	2020	X		X	X		X								
14	7	2020	X		X	X		X								
15	7	2020	X		X	X		X								
16	7	2020	X		X	X		X								
17	7	2020	X		X	X		X								
21	7	2020	X		X	X		X								
22	7	2020	X		X	X		X								
23	7	2020	X		X	X		X								
24	7	2020	X		X	X		X								
25	7	2020	X		X	X		X								
27	7	2020	X		X	X		X								
28	7	2020	X		X	X		X								
29	7	2020	X		X	X		X								
30	7	2020	X		X	X		X								
31	7	2020														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO

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

Atendidos y Atendidas Comprometidos ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	Identificación 1121914029	Atención 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. 992 de 1984, Dec. 688 de 1970 y Res. 48 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 179 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

	Costo	Moneda de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 2005 con válvula	Gauchos de Altax	Suavetes de algodón	Gauchos de nitrilo	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
1	7	2020		X	X							
2	7	2020		X	X				X			
3	7	2020		X	X							
6	7	2020		X	X							
7	7	2020		X	X				X			
8	7	2020		X	X				X			
9	7	2020		X	X				X			
10	7	2020		X	X				X			
11	7	2020		X	X				X			
13	7	2020		X	X				X			
14	7	2020		X	X				X			
16	7	2020		X	X				X			
15	7	2020		X	X				X			
17	7	2020		X	X				X			
21	7	2020	2	1	1				1			
22	7	2020	2	1	1				1			
23	7	2020	2	1	1				1			
24	7	2020	2	1	1				1			
25	7	2020	2	1	1				1			
27	7	2020	2	1	1				1			
28	7	2020	2	1	1				1			
29	7	2020	2	1	1				1			
30	7	2020	2	1	1				1			
31	7	2020	2	1	1				1			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0180001910333
 Línea Correo Nacional: 0180001910333
VIGILADO

4.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleínas		
27 7 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
28 7 20				X		X						
29 7 20				X		X						
30 7 20				X		X						
31 7 20				X		X						

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleínas		
27 7 20				X		X					Gorro quirurgico	
28 7 20				X		X						
29 7 20				X		X						
30 7 20				X		X						
31 7 20				X		X						

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033
 Línea Correo 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 NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	Cédula 1,122,120,131	Unidad ADMINISTRATIVO
------------------------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
27 7 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
28 7 20				X		X						
29 7 20				X		X						
30 7 20				X		X						
31 7 20				X		X						

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
27 7 20				X		X			X			
28 7 20				X		X						
29 7 20				X		X						
30 7 20				X		X						
31 7 20				X		X						

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
27 7 20				X		X					Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
28 7 20				X		X						<i>[Signature]</i>
29 7 20				X		X						<i>[Signature]</i>
30 7 20				X		X						<i>[Signature]</i>
31 7 20				X		X						<i>[Signature]</i>

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

4.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
27 7 2020				X		X		X				<i>[Signature]</i>
28 7 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
29 7 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
30 7 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
31 7 2020				X		X						<i>[Signature]</i>

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
27	1	2020			X		X						
28	1	2020			X		X						
29	1	2020			X		X						
30	1	2020			X		X						
31	1	2020			X		X						

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MARIAN GISELLE CASTRO	1121827319	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
27	1	2020			X		X						
28	1	2020			X		X						
29	1	2020			X		X						
30	1	2020			X		X						
31	1	2020			X		X						

Yo, Marian 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Unidad Controladora Nacional - 0180001910333



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	40449526	ASISTENCIAL

Conforme a la 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 anel Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
27	1	2020			X		X						
28	7	2020			X		X						
28	7	2020			X		X						
30	7	2020			X		X						
31	7	2020			X		X						

Yo, Andrea Santos R. 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.

	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 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 anel Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
27	7	2020			X		X						
28	7	2020			X		X						
28	7	2020			X		X						
30	7	2020			X		X						
31	7	2020			X		X						

Yo, Diana Marcela Sanchez - Alca 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 de Atención al Ciudadano: 01800091033
 Línea de Consulta Nacional: 01800091033
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
27	7	2020			X		X						Diego A
28	7	2020			X		X						Diego A
28	7	2020			X		X						Diego A
30	7	2020			X		X						Diego A
31	7	2020			X		X						Diego A

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
27	7	2020			X		X						Luze
28	7	2020			X		X						Luze
28	7	2020			X		X						Luze
30	7	2020			X		X						Luze
31	7	2020			X		X						Luze

Yo, Luze Esperanza Guerrero 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



4.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare

4.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal

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

Apellido y Nombres Completos	C.C.O.P.	UNITEC
Kelly Ruiz	1010201040	Med. General / Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafis de seguridad	Caveta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
06 07 20	6			6	1							
13 07 20	5			5	1							
22 07 20	2			5	1							

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

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

Apellido y Nombres Completos	C.C.O.P.	UNITEC
Natalia Geirel	1 118.590.378	Asistencia I

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafis de seguridad	Caveta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
10 07 20	6			3								
21 07 20				6								
27 07 20	6			6								

Yo, Natalia Geirel, Identificado (a) con CC: 1 118.590.378, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos Esneider Manotas	Cédula 17953.025	Unidad Cinecología/Asistencia
----------------------------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Manguito de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
01 07 20					1				1			
02 07 20									1			
08 07 20	1			1	1				1			
09 07 20									1			
15 07 20				1	1				1			
22 07 20				1	1				1			
29 07 20				1	1				1			

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

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

Apellidos y Nombres Completos Oscar Jimenez	Cédula 1034090740	Unidad Psicología/Asistencia
-------------------------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Manguito de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
08 07 20				3								
13 07 20	1			1	1							
22 07 20				1	1							

Yo, Oscar Jimenez identificado (a) con CC: 1034090740, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



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

Apellido y Nombres Completos Vivian Suarez	C.C.P.P. 1.118.539.038	Unidad Med. Interno/Asistencial
------------------------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelucas			
06 09 20	4			1	1								Vivian A Suarez
09 09 20	3			3									Vivian A Suarez
13 09 20	4			4	4								Vivian A Suarez
22 09 20	2			2	1								Vivian A Suarez
28 09 20	2			1	1								Vivian A Suarez

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

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

Apellido y Nombres Completos Henry Dario Oja	C.C.P.P. 9432965	Unidad Med: General V.Asistencial
--------------------------------------------------------	----------------------------	---------------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelucas			
07 09 20	5			5	1								Henry Dario Oja
13 09 20	6			6	1								Henry Dario Oja
21 09 20				4									Henry Dario Oja

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



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

Apellidos y Nombres (Completos) <u>Limibeth Cruz</u>	C.C. (Número) <u>52929376</u>	Unidad <u>Med. General / 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	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
01 07 20				1	1				1					
08 07 20				1	1									
15 07 20				1					1					
22 07 20				1	1				1					

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

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

Apellidos y Nombres (Completos) <u>Cesar Duarte</u>	C.C. (Número) <u>1047438183</u>	Unidad <u>Med. General / 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	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
06 07 20	6			6	1									
13 07 20	5			5	1									
22 07 20				1	1									

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
VANESSA CHARRIS	1080015590	Asstencial jefe P&P

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

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				
06 07 20	6			6	1									Charris V.
09 07 20	1								1					Charris V.
13 07 20	5			5	1									Charris V.
16 07 20									2					Charris V.
22 07 20	2			5	1									Charris V.

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
CESAR DURTE		Med. General

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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				
30 06 20	4			4	1									Cesar Durte

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



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Hernandez Ivan Dalzo</i>	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
29 07 2020					1							<i>[Firma]</i>

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

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Dilyn Ivette Ramirez</i>	Cédula <i>1118333056</i>	Unidad <i>Administrativa</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		
21 07 2020			X									<i>[Firma]</i>
28 07 2020				1								<i>[Firma]</i>


Yo, *Dilyn Ivette Ramirez* Identificado (a) con CC: *1118333056*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Central Nacional: 018000910303
 VIGILADO

5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

5.1.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Tunja

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/2020	Luz Amparo Ayala	Consulta externa	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores 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		Uso de 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	14	1	0	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/2020	Joel Duran Iguaran	Consulta externa	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

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 (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
30/07/2020	Andersson Vacca	Línea de frente	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis 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(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/2020	Yennifer Mateus	Trabajo social	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis 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	13	1	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/2020	María Lucía Pedraza	Nutricionista	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/2020	Fanny Astid Niño	Consulta Externa	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez


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	1	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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
30/07/2020	Oswaldo Gutierrez	Asistencia	


Calificación de la evaluación: Marque con una (x) equiva a su calificación: De 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			

NOTA PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje de Cumplido / Total de ítems evaluados x 100)				
	PUNTAJE			
	0% - 80%	NO CUMPLIDO		
	80% - 94%	ACEPTABLE		
95% - 100%	SOBRESALIENTE			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910333
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
30-07-2020	Jenin Rodriguez	Asistencial	

Calificación del evaluado: Marque con una (X) equis la calificación de cada ítem. Cumple No Cumple N/A 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 ítems evaluados * 100)				

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: lns@minsa.gob.pe
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30-07-2020	Anyela Fajardo	Asistencial	

Calificación del Evaluador: C= Cumplido, NC= No Cumplido, NA= No Aplicable


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 maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	✓			

TOTAL			
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 910333
 Línea de Atención al Paciente: 01 8000 910333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30-07-2020	Nancy Mogollon	Asistencial	

Calificación del evaluador: Marque con una (X) según su calificación en: C=Cumple; NC=No cumple; NA=No aplica


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

TOTAL			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			
(Puntaje total (Cumplido) / Total de criterios evaluados x 100)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Comuna Nacional, 01000010303
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
30-07-2020	Sofia chaparro	Administrat.	

Calificación del evaluador: Marque con una (x) equi a su calificación en: 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	X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas 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 ítemos evaluados * 100)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 018000190303
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
30-07-2020	Alejandra Pinzón	Administrativa	

Calificación del evaluador: Marque con una (X) equis si 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			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO			
(Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados = 100)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30-07-2020	Lina Araque	Administrat.	

Calificación del evaluador: Marque 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			

TOTAL			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntos Totales Cumplidos / Total de criterios evaluados * 100)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30-07-2020	Diana Cercado	Asistencial	

Calificación del evaluador: **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			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Punteo total/cumple) / total de ítems evaluados * 100			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01600010303
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		01-08-2018
		01-08-2018

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30-07-2020	Diana Acero	Asistencial	

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				
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total) (Cumple) / Total de ítemos evaluados * 100)				

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30-07-2020	Olivero Arevalo	Asistencial	

Calificación del evaluador: Marque con una (X) equiva su calificación en: C=Cumple, NC=No Cumple

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 Cumplido / Total de ítemes evaluados * 100)				

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 02000910303
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
30-07-2020	Jucya Cepeda	Administrat	

CONTENIDO DE LA INSPECCIÓN: Muestra una Etiqueta de identificación de Cumplimiento (NC) en el área de trabajo.

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		Esmalte
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

TOTAL			
PERCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			
(Cumplimiento de criterios evaluados / 100)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 0100010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30-07-2020	Hidalgo Trana	Administrat.	

Calificación del evaluador: Marque con una X según su calificación en: Cumple (C), No cumple (NC), No aplica (NA)

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
 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
28/07/2020	MILENA QUINTERO	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 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	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
 Línea de Consulta 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
29/07/2020	DEISY VARGAS	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES 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 Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica
 Lima, Correo Electrónico: 01800019033
VIGILADO





INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

F(GTH)027
Versión: 1
oct-18
1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/2020	ANA ROMERO	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/07/2020	SANDRA MALAVER	CONSULTA EXTERNA BOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) a qui 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	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
30/07/2020	CONSTANZA BENAVIDES	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	AUXILIAR SIAU
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	AUXILIAR SIAU
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	AUXILIAR SIAU
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas 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
29/07/2020	CESAR CARRILLO	CONSULTA EXTERNA SOGAMOÑO	CAROLINA HERNANDEZ H


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equiva 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			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: 01800010333
 Línea Correo Nacional: 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
28/07/2020	SEBASTIAN RIVERA	CONSULTA EXTERNA \$OGAMOSO	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			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/07/2020	ELIDA DE AGUAS	CONSULTA EXTERNA \$OGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES 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	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



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
30-07-2020	Érika Saucedo	Chiquinquirá	Ledy Bartrago
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica			

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas 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: 0180001910332
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30-07-2020	Melisa Corderas	Chopinopuro	Ledy 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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Comuna Nacional, 01000191033



	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
30-07-2020	Shirley Rentería	Chiquinquirá	Leidy Bartrago

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas 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 Control Nacional: 01800019033



	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
30-07-2020	Jennifer Romero	Chiquinquira	Ledy Bortrago

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30-07-2020	Juliana Suarez	Chiquinquirá	Enfermería

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

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

TOTAL				
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: 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
30-07-2020	Gloria Ballesteros	Chagapura	Leidy Bartraigo-

Calificación del evaluador: 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 General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 010000100032
VIGILADO



5.1.5 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Moniquirá

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/07/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	PYP	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ


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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		OLVIDO USO DE VISERA EN CONSULTA PRESENCIAL SI USO DE OTROS ELEMENTOS
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		ALMACEN GENERAL/ 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	13	2	0	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	87%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303
 Línea Correo 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
29/07/2020	DEISY JEANETH GARCIA	AUX. ADMON	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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	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 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		ALMACEN GENERAL/ 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 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		USO DE PULSERA Y 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			AREA DE ALMACENAMIENTO DE QUIMICOS DESINFECTANTES ESTA A CARGO DE SMARTH BUSSINES.

TOTAL	11	1	3	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	73%			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
29/07/2020	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUX. ENFERMERIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		ALMACEN GENERAL/ 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 (bata, 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	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
29/07/2020	MARCELA SOFICA NARVAEZ	CONSULTA EXTERNA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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		ALMACEN GENERAL/ 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	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



5.1.6 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Garagoa

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/20	Fanny Camelo	Garagoa	Diana Contreras

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01600010303
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
30/07/20	Hery Camelo	Garagoa	Diana Santica

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

TOTAL	11	4
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	80%	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010332
 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
30/07/20	Alfredo D. Gallego		Diana Entrud


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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/20	Diana Gantiva	Ecología	Mery Camelo

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 05000190302
VIGILADO



5.1.7 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Guateque

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/2020	Daniela Cotto	Asistencial	Daniela C.

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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 00	PUNTAJE	
PROPORCION 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
 Unidad Central Operativa - Guateque, D.C.
 Unidad Central Operativa - 0600010303



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/07/2020	Wily Muñoz R	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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

TOTAL	15	0	0	PUNTAJE	
PROPORCION 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
 Lima, Coram Nacional, 01800019039



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30 / 07 / 2020	Melissa Pupo Moreno	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.	y			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	y			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	y			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	y			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	y			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	y			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	y			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	y			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	y			
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	100%			PUNTAJE	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010333



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/07/2020	Victoria Cananxa	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				PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	80%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033
VIGILADO



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
30/07/2020	FLORISABEL SERRANO	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equiva 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			uso de monogafas y protección espiratoria 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			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas 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)	93%			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
30/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS	ASISTENCIAL	DEISY LILIANA ESTEVES

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DE L			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 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 al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			
TOTAL		15	0		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios e evaluados * 100)		100%			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO	ADMINISTRATIVA	DEBY LIJANA ESTEVES

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, manoplas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		manoplas y uso de protección respiratoria convencional
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	realiza labor administrativa
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	realiza labor administrativa
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicadura.	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			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieren.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos por áreas tapabocas) y aplica las buenas prácticas de seguridad			X	realiza labor administrativa

TOTAL	11	1	3	PUNTAJE
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total(cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	90%			0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FGTM027 Versión: 1 oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/2020	DEBY LILIANA ESTEVES	ADMINISTRATIVA	DEBY LILIANA ESTEVES

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) según la su calificación en: C=Cumple, RC=No cumple, NA=No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	RC	NA	
1	Utiliza visera facial, mono/gafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueden generar salpicaduras.				uso de protección respiratoria para atención de pacientes, manera presencial, REGISTRADOR m500 con filtro ml100
2	Utiliza las guantes, específicos para ejecutar los procedimientos.	X			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19 no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpi y accesible para su almacenamiento.
3	Realiza cambio de guantes por paciente.	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individual).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieren.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (pillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas, y limpias.	X			
15	Al ingresar 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	

TOTAL	14	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	60%	
Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100		

PUNTAJE	
0% - 40%	NO CUMPLIDO
60% - 84%	ACEPTABLE
85% - 100%	SOBRESALIENTE



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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
28/07/2020	Grina Karina Arango	Asistencial	Aura Cristina Lombro Duran

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 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	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/07/2020	Sebastian Falla	Administrativo	Area Cristina Lombro Diaz

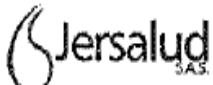
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 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
28/07/2020	Amanda Tenjano	Asistencial	Ara Cristina Gandoza Queros

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/07/2020	Darwin Miguel Gomez	Asistencial	Aurora Cristina Londoño Ochoa


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

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

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

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
28/07/2020	Goly Rojas	Asistencial	Aida Cristina Lombro Quenas

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
28/07/2020	Juan Camilo Puentes	Asistencial	Aora Cristina Landero D.

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

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

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

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	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/07/2020	Jose Adelmo Romero	Asistencial	Aura Cristina Lombino Ovares

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

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

TOTAL	11	0	4
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/07/2020	Ruth Mary Baquero	Asistencial	Ayda Cristina Lombro Duenas


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control 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
28/07/2020	Jesiana Cordoba	Asistencial	Aura Cristina Londono Torres

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/07/2020	Windy Gaitan	Asistencial	Aura Cristina Londoño Ojeda


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

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

TOTAL	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: 01800091030
 Línea Correo Nacional: 01800091030
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/09/2020	Yamile Salgado	Asistencial	Area Cristina Lombono Buenas

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


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



5.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto López

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/2020	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

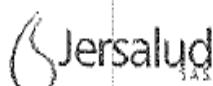
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

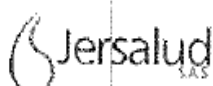
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/07/2020	ANA MARGARITA ZAMBRANO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
30/07/2020	RÓNIE CARMONA	CÓNSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

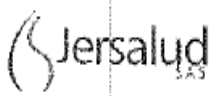
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		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		EN EL MOMENTO NO CUENTA CON TAPABOCAS N95
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	12	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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram 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
30/07/2020	JOSE ROBERTO MEJIA	CONSULTORIO 1	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

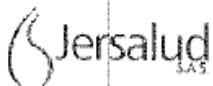
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	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	

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
30/07/2020	MARLY GARCIA	FARMACIA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


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

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

TOTAL	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

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 INSPECCION
30/07/2020	MARITZA DIAZ	LABORATORIO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

TOTAL	13	1	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%		

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


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



5.2.3 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán


FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
30/07/2020		LILIANAN ROJAS		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19.			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19.	X					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE		
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	
30/07/2020		SANDRA PATIÑO		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		13	1	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.2.4 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/7/2020	OLINDA MURILLO	LINEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

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

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

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCION 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 de Atención al Ciudadano: 018000910333
 Línea de Atención al Ciudadano: 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
30/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	LINEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

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

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

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				80% - 94%	ACEPTABLE
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				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
30/7/2020	DIANA SANCHEZ	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 01800019333
VIGILADO



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
30/7/2020		MARIAN CASTRO		CONSULTA EXTERNA		ANDREA SANTOS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOKER EN LA SEDE		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/7/2020	DIEGO BARON	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

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

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
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
30/7/2020	HERNAN RAMOS	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

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


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




5.2.5 Inspección uso de elementos de protección personal sede Acacias

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
30/07/2020		JORGE CLAVIJO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Insumo disponible para uso en consultorio		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Insumo disponible para uso en consultorio		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Uso de bata institucional, se acepta uso de overol desechable personal como medida de protección		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		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	
30/07/2020		LILIANA FONSECA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			insumo disponible en consultorio para uso cuando se requiera		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			insumo disponible en consultorio para uso se requiera		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Overol o bata disponible cuando se requiera uso		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias		X		Se recomienda uñas cortas de manera permanente		
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		15	0	0	PUNTAJE		
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	
30/07/2020		IMNA MENDIETA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Insumo disponible en consultorio para uso cuando se requiera		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Insumo disponible en consultorio para uso cuando se requiera		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Uso de bata institucional, se acepta uso de overol desechable personal como medida de protección		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda retirar elementos de protección como overol y bata antes de salir del área de trabajo		
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
30/07/2020		ALEJANDRA PIRABAN		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA YARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo cuenta con monogafas para uso cuando tengan usuarios presenciales, en el momento modalidad de trabajo teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Personal que no realiza procedimientos sin embargo tienen disponible caja de guantes latex por si amerita uso		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	Se cuenta con insumo disponible para uso cuando así se requiera		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	Funcionaria administrativa en línea de frente se hace entrega de bata desechable por contacto continuo con pacientes		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X					
TOTAL		12	0	3	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		100%			0% - 80% NO CUMPLIDO		
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					80% - 94% ACEPTABLE		
					95% - 100% SOBRESALIENTE		



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
30/07/2020		YADIRA TORO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare

	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTH027
		Versión: 1
		oct-18
		IDE1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27 DE JULIO DE 2020	Arlyn Ramirez	Administrativo	Ysella Gonzalez


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

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

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27 DE JULIO DE 2020	Oscar Jimenez	Asistencial	Ysella Gonzalez

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


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

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA
27 DE JULIO DE 2020	Henry Dario Uva Pelayo	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27 DE JULIO DE 2020	Milbany Sarmiento	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

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



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	16/07/2020
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27 DE JULIO DE 2020	Harold Peñaranda	Asistencial	Ysella Gonzalez


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA
27 DE JULIO DE 2020	Natalia Cediel	Asistencial	Ysella Gonzalez

Clasificación del evaluador: 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 tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Cometa Nacional, 010001910332
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA
27 DE JULIO DE 2020	Karen Solano	Administrativo	Ysella Gonzalez

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

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

TOTAL	14	10	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27 DE JULIO DE 2020	Johana Rincon Nocua	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

TOTAL	11	0	5	PUNTAJE	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%				



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27 DE JULIO DE 2020	Yorz Socha	Administrativo	Ysella Gonzalez

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27 DE JULIO DE 2020	Vanesa Charris	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

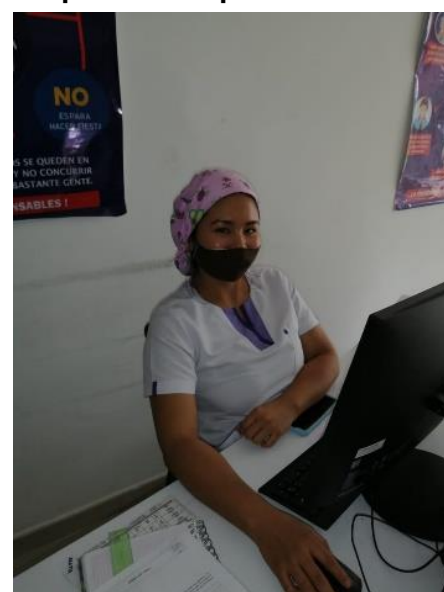
TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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



5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal



VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030
Línea de Control Interno: 01800091032





6. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES

6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá

6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
23/07/20	Sandra Melo	Aux. Exp.	C. Ext.	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Melo
23/07/20	Anderson Domínguez	Aux. Admin	C. Ext.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson Domínguez
23/07/20	Yara Rodríguez	Aux. Admin	C. Ext.	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yara Rodríguez
23/07/20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Ibáñez
23/07/20	Bevis Manrique	Aux. Norm. y Sist.	Administración	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Bevis Manrique
23/07/20	Leidy Jiménez	Aux. Asist.	Asist.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Jiménez
23/07/20	Ben S. M.	Medic	C. Ext.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ben S. M.
23/07/20	María Paula Páez	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María Paula Páez
23/07/20	Geovanna Guzmán	Medic	C. Ext.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Geovanna Guzmán
23/07/20	Diana Rodríguez	Aux. ADM.	ADM.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Rodríguez
23/07/20	Juan Sebastián Gadea	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Sebastián Gadea
23/07/20	Tomás López	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Tomás López
23/07/20	José María	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José María
24/07/20	María C. Rodríguez	Aux. Asist.	C. Ext.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María C. Rodríguez
24/07/20	Monica Flórez	Medico	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica Flórez
24/07/20	Juan Carlos Páez	Ing. Sist.	Admin.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Carlos Páez
23/07/20	José María	Aux. Asist.	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José María
23/07/20	Diana Rodríguez	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Rodríguez
23/07/20	José María	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José María

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
24-07-20	Catalina Gutiérrez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Catalina Gutiérrez
24-07-20	Juan Carlos Páez	Ing. Sist.	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Carlos Páez
24-07-20	Bevis Manrique	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Bevis Manrique
24-07-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela Suárez
24-07-20	María Paula Páez	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María Paula Páez
24-07-20	Jessica Berrío	Asist. Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica Berrío
24-07-20	Victor Carranza	Aux. Farmacia	Admin	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	Victor Carranza
24-07-20	Catalina Gutiérrez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Catalina Gutiérrez
25-07-20	Bevis Manrique	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Bevis Manrique
25-07-20	María Paula Páez	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María Paula Páez
27-07-20	Catalina Gutiérrez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Catalina Gutiérrez
27-07-20	Bevis Manrique	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Bevis Manrique
27-07-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela Suárez
27-07-20	Olivia Sánchez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia Sánchez
27-07-20	María Paula Páez	R.T.	Admin	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María Paula Páez
28-07-20	María Paula Páez	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María Paula Páez
27-07-20	Claudia Rodríguez	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia Rodríguez

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019033
 Línea de Consulta Normativa: 01800019032

VIGILADO



(Jersalud) FIGA003
Versión 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de boca	Falta y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
24/07/20	Zulma Estroza	Enfermera	Externo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Diana Ibañez	Aprendiz	C. Externa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Andrea Zepa	Aux Admin.	CE Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07	Claydis Benito	Medico	C-ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07	Josely Torres	Medico	C-ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-07	Yolanda Rojas	Aux. General	C-ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07	Nubia Vargas	C. Enf.	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Guilmo Rey	Medico	C-ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Alfonso Pacheco	Medico	C-ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Francis Hernandez	Medico	C-ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Yolanda Rojas	Aux. adm.	ADM	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Femter Mateo	T.S	ASISTENC	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Monica Flores	Medico	C-ext	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	John J. Lora	MD	C. Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Jose C. Mola	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/7/20	Joel Duran	MD	C. Ext	N	N	35.7	N	N	N	N	N	N	[Firma]
24/7/20	Carson Gamah	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Roberto Rojas	Medico	C. Exta	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/2020	Francis Hernandez	Medico	C. Exta	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/2020	Vladimir Ramirez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

(Jersalud) FIGA003
Versión 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de boca	Falta y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
24-7-20	Yolanda Rojas	Aux. General	C. Exta	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-07-20	Yolanda Rojas	Aux. General	ADM	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Jose C. Mola	Medico	C. Ext	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Roberto Rojas	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Maricela Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/7/20	Carson Gam	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/7/20	Joel D	MD	C. Ext	N	N	36.5	N	N	N	N	N	N	[Firma]
24-07-20	Yolanda Rojas	Aux. General	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-7-20	Yolanda Rojas	Aux. General	C. Exta	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-7-20	Diana Ibañez	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-07-20	Femter Mateo	T.S	ASISTENC	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-7-20	Joel Duran	MD	C. Ext	N	N	35.6	N	N	N	N	N	N	[Firma]
25/7/20	Luz Mónica	Med.	C. Exta	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/7/20	Carson Gamah	Medico	C. Ext	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-7-20	Yolanda Rojas	Aux. General	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/07/20	Francis Hernandez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/07/20	Carson Gamah	Medico	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)								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	Ondeflega	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
25/07/20	N.º Inés Pacheco	Nutricionista	C. Ext.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/07/20	Andrea Zepa V	Aux. Admin	AdminCE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/07/20	Clavdia Montoya	MD	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
25/07/20	Jael Deyán	MD	C. Ext.	N	N	35.6	N	N	N	N	N	SI	[Firma]
25/07/20	Gerson González	Medico	C. Ext.	N	N	35.6	N	N	N	N	N	NO	[Firma]
25/07/20	Andrea Zepa	Aux. Admin	AdminCE	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Clavdia Montoya	Aux. Admin	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Clavdia Montoya	Aux. Admin	C. Ext.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Monica P	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Diana Ibanez	Aprendiz	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Jennifer Nolasco	Sasiterera	TS	N	N	36.0	N	N	N	N	N	NO	[Firma]
27/07/20	Zulma Belarzo	Enfermera	C. Ext.	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Andrés Salcedo	Aux. Admin	C. Ext.	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Clavdia Montoya	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Andrés Salcedo	Medico	C. Ext.	N	N	36.1	N	N	N	N	N	NO	[Firma]
27/07/20	Nydia Vargas	Coord. Sede	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Clavdia Montoya	Medico	C. Ext.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)								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	Ondeflega	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
27-07-20	Andrea Zepa	Aux. Admin	AdminCE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Jiménez	MD.	C. Ext.	N	N	35.9	N	N	N	N	N	NO	[Firma]
27/07/20	Monica Flores	Medico	C. Ext.	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Gerson Gue	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Jael Deyán	MD	C. Ext.	N	N	36.3	N	N	N	N	N	SI	[Firma]
27/07/20	Fabián Salcedo	MD	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Clavdia Montoya	MD	C. Ext.	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
27/07/20	Clavdia Montoya	MD	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
27/07/20	Andrés Salcedo	Aux. Admin	C. Ext.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Diana Ibanez	Aux. Admin	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Stefania Restrepo	Aux. Admin	C. Ext.	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Clavdia Montoya	Aux. Admin	C. Ext.	N	N	35.2	N	N	N	N	N	N	[Firma]
27-07-20	Clavdia Montoya	Medico	C. Ext.	N	N	36.9	N	N	N	N	N	SI	[Firma]
27-07-20	Clavdia Montoya	Aux. Admin	Admin	N	N	36.7	N	N	N	N	N	NO	[Firma]
27/07/20	Gerson Gue	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Jiménez	MD	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Jael Deyán	MD	C. Ext.	N	N	36.4	N	N	N	N	N	SI	[Firma]
27/07/20	Clavdia Montoya	MD	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



(Jersalud) FIGAA003
Versión 2
May 20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)									Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófilo	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeo/Agua	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?			
27-07-20	Susan Cely Higuer	Ing. Soporte	Admin	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Diana Cornejo	Jefe Trabaja	Administración	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Gabriela Estremera	Analista SST	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Oling Pacheco	Representante	Farmacología	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Juana Herrera	Ing. Soporte	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Flora Cecilia Sepúlveda	Requisito	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Claudia Rodríguez	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Mario Roberto	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Gabriela Estremera	Analista SST	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07-20	Gabriela Estremera	Analista SST	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07-20	Susan Higuer	Ing. Soporte	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07-20	Flora Cecilia Sepúlveda	R.F.	Farmacología	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07-20	Olivia Pacheco	Asst. P.F.	Farmacología	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07-20	Claudia R.	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07-20	Yuley Escobar	Enfermera	C. Ext.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

(Jersalud) FIGAA003
Versión 2
May 20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)									Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófilo	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeo/Agua	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?			
28-07-20	Kenfes Matos	T.S	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Marta Rodríguez	Aux. Adm	Admin	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Susana Matos	Aux. Ofi	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Diana Contreras	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Giulio Matos	Requisito	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Leidy Ymora	Aux. Soporte	Admin	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Juliana Betancur	Enfermera	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Adriana A. Rojas	Aux. Adm	ADM	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Wiz Hovico	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Claudia Barrera	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Thais Montoya	Med. Gen	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Yuley Escobar	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Rebeca Rodríguez	Nabreconista	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Andrea Jara	Aux. Admin	Admin	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Yuley Escobar	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Carolina Paez	Medico	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Georgina	Medico	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Sandra Milla	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Jessy P.	Medico	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Isabel Paez	Medico	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Tomás	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033
VIGILADO



(Jersalud) FIGA003
Versión 3
may 20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario		
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondifragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?			
28-7-2020	Vladimir SANTI	SA	NO	C. Ext	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28-07-2020	Alejandro Muñoz	Med General	C. enfer	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28-07-2020	María Popo	Aux. S. General	C. Enfer	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-2020	Diana Alejandra	Aux. ADM	ADM	N	N	35.8	N	N	N	N	N	N	N	[Firma]
28-07-2020	Yvonne Cecilia Rodríguez	Aux. Admin.	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-2020	Gonzalo Vera	Aux. enf	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-2020	Diana Ibáñez	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-2020	Mónica Paulina	Aux. Admin.	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-2020	Sara Cecilia	Medic	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-7-2020	Isabel Durán	MD	C. Ext	N	N	36.6	N	N	N	N	N	N	SI	[Firma]
28/7/20	Gerson Gama	Medic	C. Ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/20	John Lora	MD	C. Ext	NO	NO	36.9	N	N	N	N	N	N	N	[Firma]
28/07/20	Anderson Jasso	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/07/20	Isabel Plaza	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/07/20	Jim Gale	M.D	C. EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Delia Campos	Aux. S. General	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Jennifer Torres	A.S	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/20	Jennifer Torres	Aux. enf	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

(Jersalud) FIGA003
Versión 3
may 20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario		
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondifragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?			
29-07-2020	Diana Ibáñez	Aprendiz	C. EXT	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/20	Gilmar Lora	Medico	Cent	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29/07/20	Zaira Belgrur	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/07/20	Lucy Pedraza	Medic	C. Ext	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29/07	Claudia Barrera	MD	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29/07	Severin Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29/07/2020	Alejandro Muñoz	Medico	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29/07/20	Andrea Zúñiga	Aux. Admin	AdminCE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/20	Jim Gale	MD	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07-20	Sara Cecilia	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/07/20	Mónica Plaza	Medic	C. Ext	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29/7/20	Gerson Gama	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/07/20	Isabel Plaza	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/07/20	Jim Gale	M.D	C. EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/07/20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C. EXT	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/2020	Delia Campos	Aux. ADM	ADM	N	N	35.4	N	N	N	N	N	N	N	[Firma]
29/07/20	Jennifer Torres	Aux. enf	C. Ext	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 0800909033
Línea Correo Nacional: 0800909033



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?		
29-07-20	Arden Bace	Dir. Adm	C. Hum	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Arden	
29/7/20	Geison González	Médico	C.EXT.	No	No	35.1	No	No	No	No	No	Geison	
29-07-20	Sra. S. Llan	Mecher	C.EXT.	No	No	36.2	No	No	No	No	No	S. Llan	
29/7/20	Juel Dorn	MD	C.EXT.	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Juel	
29/07/20	Maricela Pajo	Aux Admin	Admin	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Maricela	
29/07/20	John Lora	MD	C.EXT.	No	No	35.6	No	No	No	No	No	John	
29/07/20	Edith Moreno	M.D.	C.EXT.	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Edith	
29-07-20	Yairo Pacheco	Aux Adm	C.EXT.	No	No	35.6	No	No	No	No	No	Yairo	
29-07-20	María Cevallos	M.D.	C.EXT.	No	No	35.9	No	No	No	No	No	María	
29-07-20	Yenny Yanes	S. General	C.EXT.	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Yenny	
30-7-20	María Eugenia	General	C.EXT.	No	No	36.0	No	No	No	No	No	María	
30-07-20	Monica Flores	Med	C.EXT.	No	No	36	No	No	No	No	No	Monica	
30/07/20	Jennifer Rojas	T.S	Asistencia	No	No	36	No	No	No	No	No	Jennifer	
30-07-20	Maria Rodriguez	Aux Adm.	C.EXT.	No	No	36	No	No	No	No	No	Maria	
30-07-20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C.EXT.	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Diana	
30-7-20	William	MD	C.EXT.	No	No	36.1	No	No	No	No	No	William	
30-7-20	Clarissa Barrera	Medico	C.EXT.	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Clarissa	

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?		
29-07-20	Jeanne Desjardis	Asist Adm.	Adm.	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Jeanne	
30-07-20	Gabriela Sánchez	Analista SST	Admin	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Gabriela	
30-07-20	Jenny Herrera	Ing. Superior	Adm.	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Jenny	
30-07-20	Cristina Rodríguez	Aux. Caldad	Admin	No	No	36	No	No	No	No	No	Cristina	
30-07-20	Maria Paula Rojas	Aux Admin	Admin	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Maria	
30-07-20	Daniela Jerez	Aprendiz	Admin	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Daniela	
30-07-20	Nubia Kusque	Coord. Sede	Admin	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Nubia	



(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA0003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondevaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
30/07/20	Zulma Betancur	Enfermera	Externa	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
30/7/20	Yedy P. Quillo	Enfermera	C Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
30/07/20	Luz Mayra U	C. Ext	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
30/07/20	Luz Mayra U	C. Ext	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
30/07/20	Andrea Zipa	Admin	AdminCE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
30/07/20	Monica Ffca	Medico	CEO	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
30/07/20	Luz Mayra U	Medico	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
30/07/20	Jim Lar S	MD	C. Ext	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
30/07/20	Yedy P. Quillo	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
30/07/20	Geison Gum	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
30/7/20	Yedy P. Quillo	Medico	C. Ext	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
30/7/20	Yedy P. Quillo	Med. Gd	C. Ext	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
30/7/20	Yedy P. Quillo	MD	C. Ext	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)

6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Duitama

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA0003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondevaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
23-07-20	Evelyn Cepeda	Asist. TH	Admin.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
23-07-20	Hedaly Jim	Aux Admin	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
23-07-20	Diana de Cárdenas	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
23-07-20	Angie Dely Feb	Medico	Asist	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
23-07-20	Kevin Naranjo	Medico	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
23-07-20	Glaci Arredondo	Coordinadora	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
23-07-20	Alejandra Pizarra	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
23/07/20	Diana P. Acero	Enfermera	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
23/07/20	JANA GARCIA	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)
23/07/20	Nancy Maciel	Medico	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(Firma)

Salida

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010333



OTICADIA

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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
24/07/20	Diana P. Acevedo	Enfermera	Asist.	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
24/07/20	CIARA CECANO	AUX ADM	Adm	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CIARA
24-7-20	Lina M. Rojas	AUX ADM	Adm	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
24-7-20	Gloria Avendaño												
24-7-20	Rhinaldo Gutierrez	Medico	Asist	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Rhinaldo
24-07-20	Yuliana Dely Fajardo	Medico	Asist	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Yuliana
24/07/20	Alexandra Pizarro	Aux Adm	Admin	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
24/07/20	Sofia Chaparro	Aux Adm	Aprendiz	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
24/07/20	Nancy Moya	Medico	Asist	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy

OTICADIA

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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
24/7/20	Rhinaldo Gutierrez	Medico	Asist	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Rhinaldo
24/7/20	Gloria Avendaño	coordinadora	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
24/7/20	Nancy Moya	medico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
24-7-20	Lina M. Rojas	AUX ADM	Adm	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
24-07-20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra

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



ENTREGA

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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
25-7-20	Lina Moya	MUX Adm	Adm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-7-20	Nancy Mopallo	Medico	Asis	NO	NO	36.1	NO	NO	SI	NO	NO	NO	[Firma]
25-07-20	Glenn Avendaño	Asesor	Asis	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-07-20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-07-20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Aprendiz	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/07/20	Diana P. Arco	Enfermera	Asisten	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Salida

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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
25-07-20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-07-20	Sofia Chaparro	Aux Adm	Aprendiz	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-07-20	Nancy Mopallo	Medico	Asis	NO	NO	36	NO	NO	SI	NO	NO	NO	[Firma]
25-7-20	Lina Moya	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/07/20	Diana P. Arco	Asis	Enfermera	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003
												Verión: 2
												may-20
												1 DE 1
Enteada												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
27-07-20	Hidely Triana	Aux Admin	Admin.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	felix
27/07/20	Diana P. Acevedo	Enfermera	Asist. Sr.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Diana P
27-7-20	Lina Arroyave	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
27-7-20	Wendy Morillo	Medico	ASIST	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy
27-7-20	Glaci Arias	coordinador	Asist.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Glaci
27-7-20	Evelyn Acevedo	ASIST TI	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn
27-7-20	Osvaldo Castro	MEtro	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Osvaldo
27/07/20	Diana Sofia Chaparro	Aux. Admin	Aprendiz	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
27-07-20	Wendy Morillo	MD.	ASIST	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy
27-07-20	Alejandro P.	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	SI	NO	NO	Alejandro

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003
												Verión: 2
												may-20
												1 DE 1
salida												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
27-07-20	Glaci Arias	coordinador	Asist.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Glaci
27-07-20	Hidely Triana	Aux Admin.	Admin.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Hidely
27-07-20	Evelyn Acevedo	ASIST TI	Admin	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn
27-07-20	Alejandro Pimán	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandro
27-7-20	Lina Arroyave	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
27/07/20	Diana Acevedo	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
27/07/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asist.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
27-07-20	Wendy Morillo	Medico	ASIST	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033
 Vigilado



(Jersalud) FIGAA003
Versión 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Salud

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
27-7-20	Lina Arroyave	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
28/7/20	Alejandro Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
28/07/20	Sofia Chaparro	Aux Adm	Adm	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
28/07/20	Diana Cereno	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
28/07/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
28/07/20	Luis Rodriguez	Mesero	Almuerzo	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
28-07-20	Osvaldo Guebara	Médico	Atm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Osvaldo
28-07-20	Glacia Amador	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glacia
28-07-20	Hickely Triana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hickely
28-07-20	Evelyn Cepeda	Asist TH	Admin	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn

(Jersalud) FIGAA003
Versión 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Salud

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
28-7-20	Lina Arroyave	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
28/7/20	Osvaldo Guebara	Médico	Atm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Osvaldo
28-07-20	Glacia Amador	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glacia
28-07-20	Hickely Triana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hickely
28/07/20	Diana Cereno	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
28/07/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asist	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
28/07/20	Evelyn Cepeda	Asist TH	Admin	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn



(Jersalud) EUTRADA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
29/07/20	Olivia Cerkano	Aux Adm	adm.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
29/07/20	Diana Acero	Enfermera	Asist.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
29-7-20	Lina Arango	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
29-7-20	Nancy Mospellan	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
29-7-20	Hudely Triana	Aux Admin	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hudely
29-7-20	Evelyn Lucia Cepeda	Asist TH	Admin	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn
29/07/20	Sofia Chaparro	Aux Admin	Aprendiz	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
29/07/20	Lwin Pineda	Méico	DS:IT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lwin
29-07-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
29-07-20	David Pinza	G/O.	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	David
29-07-20	Paula Lujan	Medico	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
29-07-20	Angela Fybo	Medico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Angela

(Jersalud) JACIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
29-7-20	Hudely Triana	Aux Admin	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hudely
29/07/20	Sofia Chaparro	Aux Admin	Aprendiz	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
29/07/20	Evelyn Lucia Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn
29/07/20	Olivia Cerkano	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
29/07/20	Olivia Acero	ENFERMERA	ASIST	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
29-07-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asisten	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
29-7-20	Lina Arango	AUX AD	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
29/07/20	Lwin Pineda	Méico	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lwin

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



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Entrada												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimetabólicos o esteroides	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofoja	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otro ambiente?	Firma del funcionario
30/01/20	Diana Chaparro	Aux Adm	Aprendiz	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/01/20	Alejandra Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/01/20	Sonia Pira	Aux. farmaci	farmacia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-7-20	Linea Alvarez	Aux Adm	ADM	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-7-20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-7-20	Nancy Mog	Asist	Med	NO	NO	36.6	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
30-07-20	Juvin Rodriguez	ASIST. N. U. S. I.	MEDICO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-7-20	Hudely Trana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-7-20	David Pinzon	G/O.	ASIST.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Sogamoso

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimetabólicos o esteroides	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofoja	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otro ambiente?	Firma del funcionario
28-07	Sandra Palacios	Aux. Admin	L. Frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Milgacynieto	ASISTENTE	ENFERMERA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-7-20	Constante ID	Aux Adm	Serv	SI	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-7-20	Daisy Vargas	AUX. ENFERMERA	ASISTENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Daisy Camillo	coo. adm.	ADM.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Sebastian Pires	medico	Cent	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Cesar Camillo	ADM	Cent	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-07-20	Ana Romero	Aux. Adm.	L. Frente	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-7-20	Elida de Aguirre	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



Jersalud	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA4003
		Versión 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
23-07	Oliver Romero	Aux. dentista	Linea Frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Oliver
27-7-20	Constancia B	Aux. Adm	SIU	SI	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	MB
27/07/20	MILENA QUINCE	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	M
27-07-20	Daisy Vargas	Aux. enferma	Asistencial	SI	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	D
27-07-20	Colinso Hernandez	COORDINADOR	Admón	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Colinso
27-07-20	Sebastian Ruiz	Medico	CERT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	S
27-07	Sandra Tabares	Aux. Admón	Linea Frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
27-07	Elida Daegun	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Elida

Jersalud	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA4003
		Versión 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
24-07	Sandra Tabares	Aux. Admón	L. Frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
24-07	Colinso Hernandez	COORDINADOR	Admón	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Colinso
24/07/20	MILENA QUINCE	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA Q.
24-07	Carmin Cacceres	Aux. Fact	Farma	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Carmin
24-7-20	Constancia B	Aux. Adm	SIU	SI	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	MB
24-7-20	Elisa Canale	MD	CERT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Elisa
24-7-20	Sebastian Ruiz	medico	CERT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	S
24-7-20	Daisy Vargas	AUX. enfermera	asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	D
24-07	Oliver Romero	Aux. dentista	Linea Frente	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Oliver
24-7-20	Elida Daegun	Medico	CERT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Elida

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



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

Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
25-07	Sandra Makara	Aux. Admin	L. Frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-07	Dayana D.C	Farmacéutica	Farmacia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-07	Sebastian River	Médico	Cent	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-07	Normen Alvarez	Aux. Fact	Farmacia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-07	Deisy Vargas	Aux. enfermera	quimico	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-7-20	Cesar Camilo	M.D	Cent	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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

Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
29-07	Ana Romero	Aux. Admin	L. Frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07	Macariona B	Aux. Admin	SIU	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07	MILENA A. QUINTERO	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07	Deisy Vargas	Aux. enfermera	asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07	Sebastian River	Médico	Cent	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07	Cesar Camilo	M.D	Cent	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07	Deisy Carolina Pineda	coord.	ADMIN	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-07	Sandra Makara	Aux. Admin	L. Frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-7-20	Elisabeta	M.D	CENT	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si tiene (Marcar con una X en las variables que aplique)									
				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	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario	
30-07-20	Sandra Herrera	Aux. Admin	L. Front	No	No	36.9	No	No	No	No	No	No	[Firma]
30/07/20	Xhehthón Pérez	Medico	Censol	no	no	36.6	no	no	no	no	no	no	[Firma]
30-7-20	MA Guzman B	Aux. Adm	Siob	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/07/20	MILENA A. QUINTACI	ENFERMERA	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-07-20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-7-20	Cesar Canales	M.D	Caja	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
30-07-20	Deisy Carolina Herrera	coord.	Admon	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-07	Dina Romero	Aux. relativo	L. Front	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-7-20	Elidur Deagu	M.D	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Chiquinquirá

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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si tiene (Marcar con una X en las variables que aplique)									
				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	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario	
27/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
27/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										
27/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
27/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIJAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
28/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
28/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIJAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
28/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
28/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIJAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
28/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
28/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIJAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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

VIGILADO

www.jersalud.com



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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Dependencia	Está presentando síntomas respiratorios o gastrointestinales	Ha tenido contacto directo con caso confirmado para enfermedad por virus coronario	Verificar síntomas de enfermedad por virus coronario					Fecha de inicio de síntomas	
						Fiebre que > mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento		
27/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
27/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
27/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
27/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
27/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
27/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
27/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
28/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
28/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
28/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
28/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
28/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
28/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
28/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
28/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
28/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
28/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
28/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
28/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
28/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
28/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Dependencia	Está presentando síntomas respiratorios o gastrointestinales	Ha tenido contacto directo con caso confirmado para enfermedad por virus coronario	Verificar síntomas de enfermedad por virus coronario					Fecha de inicio de síntomas	
						Fiebre que > mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento		
21/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
21/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
21/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
21/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
21/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
21/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
21/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
22/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
22/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
22/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
22/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
22/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
22/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
22/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
23/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
23/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
23/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
23/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
23/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
23/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
23/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
24/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
24/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
24/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
24/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
24/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
24/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
24/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
25-07-2020	Leidy Buitrago	Enfermera	Enfermera	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
25-07-2020	Erika Saucedo	Medico	Medico	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
25-07-2020	Melissa Cardenas	Aux Ativo	Aux Ativo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
25-07-2020	Juliana Suarez	Aux Enferma	Aux Enf.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800091030



6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Moniquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-07-24	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-24	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-24	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-24	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	37.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-24	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-07-27	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-27	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-27	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-27	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-27	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-07-28	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-28	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-28	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-28	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-28	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-28	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-28	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	SI	[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	FIGAA/003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-07-29	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-29	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-29	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-29	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-29	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-29	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA/003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-07-30	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-30	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-30	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-30	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-30	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-30	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-30	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	

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



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Garagoa

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	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	Otorrhea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
24/07/20	Diana Llanas	Enfermera	C.E	No	No	36°C	No	No	No	No	No	No	No
27/07/20	Diana Llanas	Enfermera	C.E	No	No	36.7°C	No	No	No	No	No	No	No
28/07/20	Diana Llanas	Enfermera	C.E	No	No	35°C	No	No	No	No	No	No	No
29/07/20	Diana Llanas	Enfermera	C.E	No	No	35.5°C	No	No	No	No	No	No	No
30/07/20	Diana Llanas	Enfermera	C.E	No	No	36°C	No	No	No	No	No	No	No

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
24/07/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	No	No
27/07/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	No	No
28/07/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	35	No	No	No	No	No	No	No
29/07/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	No	No
30/07/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	35	No	No	No	No	No	No	No

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	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	Otorrhea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
24-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrativa	Linea de Frente	No	No	36.9°C	No	No	No	No	No	No	[Firma]
24-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrativa	Linea de Frente	No	No	36.9°C	No	No	No	No	No	No	[Firma]
28-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrativa	Linea de Frente	No	No	36.4°C	No	No	No	No	No	No	[Firma]
28-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrativa	Linea de Frente	No	No	36.3°C	No	No	No	No	No	No	[Firma]
29-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrativa	Linea de Frente	No	No	36.8°C	No	No	No	No	No	No	[Firma]
29-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrativa	Linea de Frente	No	No	36.8°C	No	No	No	No	No	No	[Firma]
30-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrativa	Linea de Frente	No	No	36.7°C	No	No	No	No	No	No	[Firma]
30-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrativa	Linea de Frente	No	No	36.6°C	No	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Guateque

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003	
												Versión: 2	
												may-20	
												1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefaja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
24/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
24/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
25/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
25/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
28/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
28/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
29/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	35.2	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
29/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
30/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	34.5	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
30/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003	
												Versión: 2	
												may-20	
												1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefaja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
27-07-2020	Victor M. Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	Victor M. Carranza
27-07-2020	Victor M. Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Victor M. Carranza
28-07-2020	Victor M. Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.3	No	No	No	No	No	No	Victor M. Carranza
28-07-2020	Victor M. Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Victor M. Carranza
29-07-2020	Victor M. Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.2	No	No	No	No	No	No	Victor M. Carranza
29-07-2020	Victor M. Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	Victor M. Carranza
30-07-2020	Victor M. Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	Victor M. Carranza
30-07-2020	Victor M. Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Victor M. Carranza

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910332
 Línea de Consulta Nacional: 01 8000 910332



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro faja	Fatiga y Adremsa	¿Trabaja en otra entidad?			
27/07/20	Melissa Pupo Maza	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Melissa Pupo Maza	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Melissa Pupo Maza	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Melissa Pupo Maza	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Melissa Pupo Maza	Medico General	Consultorio	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Melissa Pupo Maza	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/07/20	Melissa Pupo Maza	Medico General	Consultorio	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/07/20	Melissa Pupo Maza	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/07/20	Melissa Pupo Maza	Medico General	Consultorio	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Melissa Pupo Maza	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro faja	Fatiga y Adremsa	¿Trabaja en otra entidad?			
24/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Soatá

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 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	Odemato	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
24/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1 NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
24/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.0 NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
24/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
24/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
24/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
24/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
24/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Desy
24/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Desy
27/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.9 NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
27/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3 NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
27/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
27/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
27/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
27/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
27/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Desy
27/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Desy

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 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	Odemato	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
28/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.5 NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
28/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1 NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
28/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NA	NA	NA 34.9	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Isabel
28/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NA	NA	NA 37.6	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Isabel
28/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
28/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
28/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Desy
28/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Desy
29/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.0 NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
29/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3 NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
29/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
29/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
29/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
29/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
29/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Desy
29/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Desy

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



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGAN003
											Version 2
											may-20
											1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófenos	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	Oloro nasal	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
30/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
30/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
30/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	No 36.1	No	No	No	No	No	[Firma]
30/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	No 35.7	No	No	No	No	No	[Firma]
30/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	No 36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
30/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	No 36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
30/07/2020	DEBY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
30/07/2020	DEBY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
31/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE			35.9	No					[Firma]
31/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE			36.4	No					[Firma]
31/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO									
31/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO									
31/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA									
31/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA									
31/07/2020	DEBY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA									
31/07/2020	DEBY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA									

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800091030



6.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta

6.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio

Jersalud												FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											
												FORMA 003											
												Versión 2											
												01/07/20											
												1 DE 1											
												Verificar Entomología (Marcar con una X las variables que aplican)											
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está correctamente medicando en los ventiladores o climatización	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por nuevo caso/positivo	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Falta y Adherencia	¿Trabaja en sala sucia?	Firma del responsable											
30/07/20	Sandra Penaloza	Jefe Calidad	Admon	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Diany Duarte	Gerente	Admon	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Jessi Camán	Asistente Admon	Admon	NO	NO	36.5	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	María José Benito	Asistente T.H	Admon	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Sebastian Fallo	Aux. facturación	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Victor Navarro	Analista facturación	Admon	NO	NO	36.5	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Karen Melo	Coord. Admon	Admon	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Aurca Londono	Analista SST	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	IVAN Puente	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]											
30/07/20	Yamile Sibogal	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Aminda Tujana	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Maria Emilia	Odonatología	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Elizabeth Saez	Higienización	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											

Jersalud												FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											
												FORMA 003											
												Versión 2											
												01/07/20											
												1 DE 1											
												Verificar Entomología (Marcar con una X las variables que aplican)											
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está correctamente medicando en los ventiladores o climatización	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por nuevo caso/positivo	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Falta y Adherencia	¿Trabaja en sala sucia?	Firma del responsable											
29/07/20	Bethica Camargo	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Galy Beltrán	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Blanca Li Guerra	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Darwin Miguel Gomez	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.8	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Galy Rojas	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]											
30/07/20	Jovana Caraboba	Medico General	Asistencial	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Genia Ramirez Arango	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Cesar Guerrero	Medico familiar	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Jesse Adolfo Romero	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Marcia Abales	Aux. Odontología	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial																				
30/07/20	Flor Alba Castro	Odonatología	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Rada Galindo	Jefe Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Bethica Camargo	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Angele Carrero	Aux. Calidad	Admon	SI	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Lucy Daisy Ramirez	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Jhuan Carlos	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Grenera Tellez	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Dina Villalobos	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Ruth Mary Baqueró	Jefe Enfermería	Asistencial	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Liliana Charón	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]											
30/07/20	Merly Romero	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]											

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

VIGILADO



Jersalud		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										ENCABECER Semana 5 Julio 2019 1 de 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente vacunado contra el sarampión o la rubéola?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	¿Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringo	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro establecimiento?	Firma del Responsable	
29/07/20	Gina Arango	Medica	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Carar Borrero	Medico	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Camila Forero	odontologia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Mareela Morales	Aux odontolog	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Yenny Gutierrez	Aux enfermer	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Merly Romero	Aux laborat.	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Dina Villalobos	Aux. enfermer	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Pada Galindo	ff enfermer	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Liliana Charan	Bacteriologa	Asistencia	NO	NO	36.2	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Arandra Pizarro	Aux labora	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Francisca Penabaz	Jefe Calidad	Admin.	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Diany Duarte	Gerente	Admin.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Maria Bonilla	Asistente TI	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Gracia Tellez	Aux. enfermer	Asistencia	SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Karen Melo	Jefe Admin	Admin.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Sebastian Falla	Aux. facturero	Admin.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Victor Navarro	Analista Aux	Admin.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Jessica Caceron	Asistente Ad	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Juan Fuentes	Medico Gen	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
29/07/20	Camile Sabogal	Medico Gen	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
29/07/20	Aranda Tunjano	Medico Gen	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Blanca Carrizal	Aux. enfer.	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

Jersalud		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										ENCABECER Semana 5 Julio 2019 1 de 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente vacunado contra el sarampión o la rubéola?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	¿Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringo	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro establecimiento?	Firma del Responsable	
28/07/20	Dina Luz Villalobos	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Gracia Tellez	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Jessica Caceron	Asistente Adm	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Maria Jose Baillar	Asistente TI	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Victor Navarro	Analista facturero	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Karen Melo	Coord. Admin	Admin.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Seandra Penabaz	Jefe Calidad	Admin.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Angie Carrerino	Aux. Calidad	Admin.	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Liliana Charan	Bacteriologa	Asistencia	NO	NO	36	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Merly Romero	Aux. laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Alexander Parra	Aux. laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Katherine Chingete	Aux. laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Juan Camilo Fuentes	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
28/07/20	Camile Sabogal	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
28/07/20	Katherine Tunjano	Medico General	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Maria Camila Gomez	Odontologa	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/07/20	Luz Dary Ramirez	Ambiente fisico	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Yuli Bettrian	Aux. adm	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Blanca Carrizal	Aux. enfermer	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Darwin Garcia	Medico	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
29/07/20	Juli Rojas	Medico	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
29/07/20	Joanna Cortez	Medico	Asistencia	NO	SI	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29/07/20	Daniel Carrerino	Aux. Calidad	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

EXAMENADO: _____
 Fecha: 2019-07-20
 PÁG. 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Destino	Está en condiciones adecuadas de salud para el desempeño de sus actividades	Ha tenido contacto cercano con caso confirmado por nuevo caso(s)	Fiebre (últimos 7 días)	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta unidad?	Firma del Encargado
27-07-20	Carla Londono	Analista SST	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Mariana Bonilla	Asistente TPI	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Karen Nieto	Jefe Admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Victor Navarro	Analista TPI	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Jessica Gordon	Asistente Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Christian Faller	Aux. facturación	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Windy Gaitan	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	José Adolfo Romero	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Darwin Ampud Gomez	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/07/20	July Rojas	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/07/20	Sarcina Cordoba	Medico General	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Carolina Ramirez	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Cesar Guerrero	Medico Familiar	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Flor Alba Castro	Odentologo	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Marcia Morales	Aux. Odontología	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Carla Kanna Arango	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Patricia Camargo	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Sandra Urrego	Ambiente psico	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Yarlines Rivera	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Ruth Mary Baqueró	Jefe enfermería	Asistencial	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/07/20	Patricia Galindo	Jefe Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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

EXAMENADO: _____
 Fecha: 2019-07-20
 PÁG. 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Destino	Está en condiciones adecuadas de salud para el desempeño de sus actividades	Ha tenido contacto cercano con caso confirmado por nuevo caso(s)	Fiebre (últimos 7 días)	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta unidad?	Firma del Encargado
27-07-20	Darwin Gomez	Medico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
27-07-20	Jovanna Cordoba	Medico	Asistencial	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Ruth Baqueró	Jefe Enferm	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Carla Arango	Medico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Patricia Camargo	A. Físico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Carolina Gomez	Odontólogo	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Marcia Morales	Aux. odontología	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Luz Dary Romero	A. Físico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Johanna Urrego	A. Físico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Yarlines Rivera	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Jenny Gutierrez	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Greigia Tejada	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Patricia Galindo	J. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Dina Villalobos	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Liliana Charon	Psicóloga	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Nelly Romero	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Estherne Chingal	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Alexandra Parra	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Diana Prado	Gerente	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Sandra Carrero	Asesora Calidad	Admin	SI	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Sandra Rodriguez	Jefe Calidad	Admin	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-07-20	Thelma Reina	Ingeniero	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FORMA 003 Versión: 3 mar-20 1 DE 1	
Verificar en laboratorio (Marcar con una X las variables que aplica)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o inmunización	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oliguria	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta ciudad?	Firma del funcionario
24/07/20	Patricia Camargo	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Johana Urrego	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Johana U.P.
24/07/20	Luz Dary Ramirez	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Ruth Mary Bagozzi	Jeje de enfermería	Asistencial	SI	SI	36.1	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
24/07/20	Senay Gutierrez	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny Gutierrez
24/07/20	Carolina Tillet	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Diana Luz Villalobos	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Gliliana Chacon	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Merly Romero	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Merly Romero
24/07/20	Katherine Chingate	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Sandra Perceboza	Jeje Calidad	Admon	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Diany Duarte	Gerente	Admon	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Jessica Carron	Asistente Admon	Admon	NO	NO	36.5	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
24/07/20	María Jose Bonilla	Asistente TI	Admon	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Victor Navarro	Analista facturación	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Karen Melo	Coordinadora Admon	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Aurica Londono	Analista SST	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Juan Camilo Rentes	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/07/20	Janile Sabagel	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/07/20	Flor Alba Castro	Oftalmólogo	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Amanda Tunjano	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Wendy Garcia	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Sebastian Falla	Aux. facturación	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FORMA 003 Versión: 3 mar-20 1 DE 1	
Verificar en laboratorio (Marcar con una X las variables que aplica)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o inmunización	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oliguria	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta ciudad?	Firma del funcionario
31/07/2020	ESPERANZA GUZMÁN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/2020	DIEGO BARRIO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
31/07/2020	HERNAN BARRIO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
31/07/2020	MARIBEL CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/2020	AMBERA SANTOS	ENFERMERA ESPECIALIZADA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/2020	ALEXANDRA CAMDENAS	INGENIERA ORAL	ODONTOLÓGICA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/2020	GRECE DIAZORA	ODONTOLÓGICA	ODONTOLÓGICA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/2020	SORBA BONDARJET	ANEX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Linea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FCGM/003 Versión 1 abr-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está ocurriendo modificación ambiental o contaminación	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de Gula	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
21/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/7/2020	MARIBEL CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	GREGORY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	SOMIA BORDABUENA	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FCGM/003 Versión 1 abr-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está ocurriendo modificación ambiental o contaminación	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de Gula	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
28/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/7/2020	MARIBEL CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	GREGORY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	SOMIA BORDABUENA	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Central Nacional: 01800010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FORMA 003	
											Versión: 1	
											06-20	
											1 DE 1	
Verificar síntomas/signos (Marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Carga	Área de Inocuidad	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acetaminolol	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	Trabaja en una enfermería?	Firma del funcionario
29/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29/7/2020	HERNAN BARRIOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29/7/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	ALEXANDRA CARMONA	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	GRISCE ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	SOMIA BORDABUENA	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FORMA 003	
											Versión: 1	
											06-20	
											1 DE 1	
Verificar síntomas/signos (Marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Carga	Área de Inocuidad	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acetaminolol	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	Trabaja en una enfermería?	Firma del funcionario
29/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29/7/2020	HERNAN BARRIOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29/7/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	ALEXANDRA CARMONA	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	GRISCE ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	SOMIA BORDABUENA	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
27/07/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	37,7	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
27/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
27/07/2020	Imma Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
27/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
27/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
28/07/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	37,6	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
28/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
28/07/2020	Imma Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
28/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
28/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
29/07/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	37,8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
29/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
29/07/2020	Imma Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
29/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
29/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
30/07/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
30/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
30/07/2020	Imma Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
30/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
30/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Linea de Atención al Profesional: 018000910302
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificación microbiológica (Marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o inmunización	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fibra igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odispepsia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en zona afectada?	Firma del funcionario
27/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/7/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
27/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
27/7/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/7/2020	ALEXANDRA CRADENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/7/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/7/2020	SOMIA BONDURITZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE RISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificación microbiológica (Marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o inmunización	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fibra igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odispepsia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en zona afectada?	Firma del funcionario
28/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/7/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	ALEXANDRA CRADENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	SOMIA BONDURITZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE RISCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 010000100303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGMA003	
											Versión: 1	
											del: 20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sermenología (Marcar con un X las variables que aplican)								
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o esteroides	Ha tenido contacto cercano con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefalegia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una clínica?	Firma del funcionario
19/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
20/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
20/7/2020	MIRIAM CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	ANGELA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	GRIEY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	SOMIA BONDURIEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGMA003	
											Versión: 1	
											del: 20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sermenología (Marcar con un X las variables que aplican)								
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o esteroides	Ha tenido contacto cercano con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefalegia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una clínica?	Firma del funcionario
20/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
20/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
20/7/2020	MIRIAM CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	ANGELA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	GRIEY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	SOMIA BONDURIEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303

VIGILADO



6.3 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	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar climatología (Marcar con una X las variables que apliquen)							Firma del Trabajador	
				Si se presentaban síntomas respiratorios o gastrointestinales	Si hubo contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nueva contaminación	Fibra igual o mayor a 300	Tem	Dificultad Respiratoria	Oftalmología	Fatiga y Adormecimiento		
25-07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
25-07	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
25-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
25-07	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial									
	Harold Guillermo Peñaranda Cabal	Medico general	Asistencial									
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicólogo	Asistencial									
25-07	Yurleya Vanessa Charry	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo									
	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecología	Asistencial									
	Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial									
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial									
25-07	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
25-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
25-07	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	34.3	NO	NO	NO	NO	NO	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo									
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo									
	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial									
	Carlos Valencia			NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar climatología (Marcar con una X las variables que apliquen)							Firma del Trabajador	
				Si se presentaban síntomas respiratorios o gastrointestinales	Si hubo contacto estrecho con caso confirmado por nueva contaminación	Fibra igual o mayor a 300	Tem	Dificultad Respiratoria	Oftalmología	Fatiga y Adormecimiento		
25-07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
25-07	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
25-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
25-07	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial									
	Harold Guillermo Peñaranda Cabal	Medico general	Asistencial									
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicóloga	Asistencial									
	Yurleya Vanessa Charry	Jefe de Enfermería	Asistencial									
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo									
	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecología	Asistencial									
	Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial									
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial									
25-07	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
25-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
25-07	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo									
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo									
	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial									
25-07	Carlos Valencia			NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corriente Nacional: 0180001910302
VIGILADO



Ingreso

Fecha		Nombres y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	¿Ha presentado síntomas gastrointestinales o respiratorios?	¿Ha tenido contacto reciente con casos de fiebre con síntomas respiratorios por más de 24 horas?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor de Garganta	Fatiga y Adinamia	¿Estaba en una reunión?	¿Estaba en un espacio cerrado?	Firma del responsable
29-07		Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Harold Guillermo Peñaranda Cabo	Medico general	Asistencial	NO	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Oscar Hernandez Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Elisbeth Cruz	Pediatría	Asistencial	NO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Sneyder Manotas Solano	Ginecología	Asistencial	NO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial	NO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Arlay Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Carlos Valencia			NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Carlos Valencia			NO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

Fecha		Nombres y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	¿Ha presentado síntomas gastrointestinales o respiratorios?	¿Ha tenido contacto reciente con casos de fiebre con síntomas respiratorios por más de 24 horas?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor de Garganta	Fatiga y Adinamia	¿Estaba en una reunión?	¿Estaba en un espacio cerrado?	Firma del responsable
29-07		Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Harold Guillermo Peñaranda Cabo	Medico general	Asistencial	NO	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Oscar Hernandez Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Elisbeth Cruz	Pediatría	Asistencial	NO	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Sneyder Manotas Solano	Ginecología	Asistencial	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial	NO	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Arlay Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-07		Carlos Valencia			NO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** *Ingreso* F024003
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)							¿Trabaja en una oficina?	Formación recibida		
				¿Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonóticos?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adinamia				
27-07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial			35.0	NO							
27-07	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Kelly Vanessa Rulz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
27-07	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Karen Lizeh Sofano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
27-07	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial											
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial											
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial											
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial											
	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial											
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial											
27-07	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Yorz Jaksón Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	CARLOS KATERCRA			NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** *Señalada* F024003
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)							¿Trabaja en una oficina?	Formación recibida		
				¿Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonóticos?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adinamia				
27-07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Kelly Vanessa Rulz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
27-07	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Karen Lizeh Sofano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
27-07	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial											
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial											
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial											
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial											
27-07	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial											
27-07	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Yorz Jaksón Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
27-07	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	CARLOS KATERCRA			NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 0180001910303



Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Ingreso

FIGA003 Versión 2 may 2015.1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿El trabajador presenta síntomas de fiebre, tos o dificultad para respirar?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ginecología	Falta y Absentismo	¿Trabaja en esta empresa?	Firma del Funcionario
30-07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.2	35.2	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
30-07	Harold Guillermo Peñaranda Cabal	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
	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									
30-07	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial									
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial									
30-07	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.2						
30-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Carlos Valencia	Odontologia	Asistencial			36.2						

Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Salida

FIGA003 Versión 2 may 2015.1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿El trabajador presenta síntomas de fiebre, tos o dificultad para respirar?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ginecología	Falta y Absentismo	¿Trabaja en esta empresa?	Firma del Funcionario
30-07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
30-07	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
30-07	Harold Guillermo Peñaranda Cabal	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
30-07	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
30-07	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial									
30-07	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000970383
VIGILADO



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

REPORTES SINTOMAS COVID 19 JERSALUD S.A.S											
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
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:32:47	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 12:37:55	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 17:34:50	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/07/2020 08:43:19	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 10:40:28	CC	1010201040	RUIZ	TORRES	KELLY	VANESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	25/07/2020 11:46:32	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:56:52	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 16:41:07	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:41:21	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 12:13:49	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 16:43:50	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 18:28:29	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 08:46:14	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	27/07/2020 14:49:29	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 19:38:38	CC	1120502407	PADILLA	BERNAL	LAURA	CAMILA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 13:21:20	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 18:02:01	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:38:57	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:21:30	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 17:06:04	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 09:07:35	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 11:10:11	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:36:36	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 09:52:16	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 10:01:38	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 17:49:34	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	27/07/2020 07:14:11	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 10:36:46	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	28/07/2020 09:18:53	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Julio**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 08:13:22	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 09:45:19	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 08:18:42	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/07/2020 11:03:37	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:13:18	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 10:38:28	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 09:04:36	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:15:01	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 11:10:36	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	27/07/2020 12:55:20	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 16:20:42	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 14:09:41	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:38:01	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 10:19:01	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 10:15:30	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/07/2020 14:50:20	CC	1122140527	LEON	MARIN	MARIA	DE LOS ANGELES	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	24/07/2020 12:24:59	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 16:21:16	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:35:35	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 15:05:52	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:11:24	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:59:47	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	28/07/2020 12:56:38	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:38:53	CC	1048846141	CASTILLO	MORALES	LEIDY	ANDREA	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 10:15:30	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	27/07/2020 12:31:39	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	SI
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	24/07/2020 09:18:16	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 19:34:38	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 17:58:48	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	30/07/2020 08:13:27	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

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

www.jersalud.com



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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Julio**



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:14:10	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 07:39:40	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:37:11	CC	105338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 17:02:03	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 12:48:01	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 20:08:16	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	27/07/2020 11:22:08	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 14:08:53	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 06:17:39	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 10:48:25	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 17:47:18	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 17:34:19	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 09:39:45	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 10:28:22	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 16:26:26	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:12:02	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 18:04:24	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 09:52:18	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/07/2020 09:36:00	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:14:00	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:07:10	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:14:46	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:13:13	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 10:00:25	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	30/07/2020 12:43:12	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 16:28:31	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 19:19:54	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:27:47	CC	63342876	SEPULVEDA	BENAVIDES	MARIA	CECILIA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 09:43:38	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 08:35:05	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIVIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 11:40:25	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303
 Bogotá D.C.

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 5 de Julio**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:19:28	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 13:19:58	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 14:46:26	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	27/07/2020 17:33:01	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 16:14:40	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 14:49:50	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/07/2020 13:44:12	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 07:05:36	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	27/07/2020 07:15:06	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 11:24:29	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 13:26:35	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 17:32:25	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	28/07/2020 07:42:28	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 09:18:21	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:32:59	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 10:13:32	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 12:33:00	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 16:17:48	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 17:48:59	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/07/2020 10:56:19	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:28:05	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 10:33:51	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 07:17:24	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 13:32:36	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 12:11:05	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 15:39:57	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 14:41:47	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 14:56:25	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:49:43	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 08:03:33	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 13:31:40	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOI EPS	JERSALUD SAS	24/07/2020 15:19:50	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 07:19:22	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 07:31:00	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 14:56:56	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019383

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 5 de Julio**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 20:43:42	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:41:18	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 09:15:59	CC	91244699	GUTIERREZ	PINZON	OSWALDO	ALFONSO	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/07/2020 09:24:39	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 11:40:13	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:13:05	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/07/2020 09:15:16	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 11:07:09	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 13:43:21	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 14:09:54	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 17:14:09	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 11:24:58	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	SI
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	28/07/2020 16:36:44	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:22:41	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/07/2020 10:50:25	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/07/2020 17:05:26	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:49:08	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 10:24:37	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/07/2020 11:20:08	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 16:22:17	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	28/07/2020 15:09:07	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:17:19	CC	1118554078	LOPEZ	ZIPA	ANGELA	CONSUELO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:32:35	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	29/07/2020 16:59:41	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/07/2020 08:09:27	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/07/2020 11:41:38	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 13:27:02	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	30/07/2020 16:07:25	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:09:27	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	24/07/2020 17:05:47	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:06:07	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 13:35:25	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 16:11:26	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO

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

www.jersalud.com



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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Julio**



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/07/2020 08:03:09	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 11:57:49	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 17:05:34	CC	1121848225	TUNJANO	RODRIGUEZ	AMANDA	KATHERINE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:50:24	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:34:23	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 08:26:24	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	30/07/2020 09:38:50	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 10:45:21	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 11:29:41	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/07/2020 16:07:49	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	28/07/2020 07:24:52	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:55:48	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 08:51:07	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 06:58:52	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 14:02:40	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:53:29	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 12:22:07	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	28/07/2020 10:10:23	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 13:55:16	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:23:43	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:10:31	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 05:32:34	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:02:50	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:04:28	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 09:31:08	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 12:35:55	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 14:17:54	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:02:19	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:09:10	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 09:16:38	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 20:24:09	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 16:12:40	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 08:23:10	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 12:06:13	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 0180001910302

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 5 de Julio**



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 11:58:38	CC	40330585	PEÑALOZA	MORA	SANDRA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/07/2020 12:05:40	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	27/07/2020 13:43:27	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 07:56:23	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/07/2020 11:42:33	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	27/07/2020 16:58:40	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 07:50:00	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 12:30:54	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:23:56	CC	23522660	MARTINEZ	COMBITA	MILDER	ASTRID	BOYACA	SOATA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	29/07/2020 14:55:22	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	24/07/2020 10:27:09	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 11:12:50	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 11:57:48	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 16:15:38	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 18:37:47	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 16:47:05	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	30/07/2020 17:59:10	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	28/07/2020 07:04:11	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 07:31:38	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 09:56:40	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:04:32	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIVIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 14:24:59	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	30/07/2020 09:35:27	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 11:04:55	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/07/2020 06:31:55	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/07/2020 09:02:57	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 11:30:34	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:59:52	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 08:17:39	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 16:03:11	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	30/07/2020 17:18:59	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:23:37	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910383

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 5 de Julio**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 12:19:24	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 14:21:14	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:29:00	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:40:21	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 18:41:55	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 13:56:20	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	SI
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 07:53:49	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	SI
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:50:39	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/07/2020 14:55:55	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 14:42:54	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:46:43	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 20:24:59	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/07/2020 13:53:44	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:24:33	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 10:51:54	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 09:01:54	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 09:27:44	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:08:23	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 14:56:39	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 16:09:39	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:42:50	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 09:36:52	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/07/2020 09:28:40	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:09:43	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 14:59:28	CC	1121848225	TUNJANO	RODRIGUEZ	AMANDA	KATHERINE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:17:55	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 17:07:52	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 10:50:43	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:46:12	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:22:03	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 14:14:20	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:40:25	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTAS EPS-S	JERSALUD SAS	28/07/2020 09:05:52	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTAS EPS-S	JERSALUD SAS	28/07/2020 12:57:28	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Julio**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:38:30	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 09:03:44	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 16:10:50	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/07/2020 09:16:06	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:08:19	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 11:06:16	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:12:28	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:31:11	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 16:38:35	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:22:30	CC	1052410687	CEPEDA	HIGUERA	EVELYN	LUCIA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:38:15	CC	40030112	LANCHEROS	RAMIREZ	OLIVA		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:46:04	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:57:13	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	SI
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:10:39	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 19:22:52	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	24/07/2020 08:34:11	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	24/07/2020 17:04:57	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/07/2020 07:52:11	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 08:13:52	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	27/07/2020 14:39:48	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 17:02:38	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	25/07/2020 11:50:23	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 21:31:46	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:16:10	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:07:18	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 09:25:39	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	27/07/2020 13:58:55	CC	23284976	MOZO	RIVERA	SANDRA	SOFIA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 16:29:01	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:18:56	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:55:43	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 08:30:03	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/07/2020 10:13:23	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 18:23:18	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	27/07/2020 15:54:21	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:12:28	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 018000910303
 Línea Corredor 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 5 de Julio**



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	28/07/2020 09:06:51	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	28/07/2020 15:22:17	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 10:21:34	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 09:21:46	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	28/07/2020 07:02:55	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 09:24:44	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 14:31:26	CC	1043000119	PATÍÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACIPI EPS	JERSALUD SAS	28/07/2020 16:04:54	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:24:59	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	30/07/2020 13:37:20	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/07/2020 13:57:38	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:44:48	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 09:40:24	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 17:13:23	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 07:11:41	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	24/07/2020 08:00:40	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 12:39:10	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	27/07/2020 08:21:44	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 09:28:52	CC	1052410687	CEPEDA	HIGUERA	EVELYN	LUCIA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	28/07/2020 16:18:05	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 09:02:27	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 17:04:19	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/07/2020 19:16:20	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 13:18:19	CC	1121930221	CAMACHO	CORDERO	YURLEY		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 16:25:20	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 20:59:10	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/07/2020 10:16:29	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 20:40:12	CC	1121930221	CAMACHO	CORDERO	YURLEY		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 16:32:03	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 18:52:24	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/07/2020 11:35:05	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/07/2020 13:49:26	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019038

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 5 de Julio**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	24/07/2020 16:17:10	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	30/07/2020 10:34:31	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 09:39:26	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 10:33:35	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	24/07/2020 15:29:53	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	28/07/2020 17:03:35	CC	1010182835	PUENTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:38:45	CC	33365493	PIRA	QUICA	SONIA	MABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	29/07/2020 09:05:42	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 06:52:33	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/07/2020 10:22:36	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 10:06:22	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	27/07/2020 11:07:44	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:14:04	CC	23810177	VASQUEZ	MORENO	BLANCA	NUBIA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/07/2020 08:55:17	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	27/07/2020 21:12:41	CC	1010182835	PUENTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	28/07/2020 08:05:18	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	28/07/2020 17:13:10	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/07/2020 07:47:33	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/07/2020 07:53:19	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/07/2020 14:26:37	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/07/2020 16:17:43	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/07/2020 17:02:53	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/07/2020 17:03:42	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	BOYACA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/07/2020 17:24:01	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	BOYACA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 0180001910303

www.jersalud.com



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



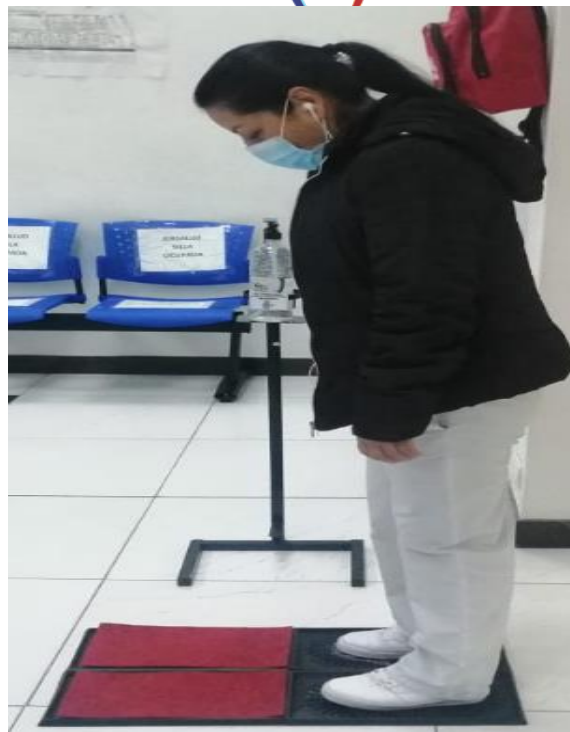
6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad



www.jersalud.com







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

7.1 Inventario EPP

7.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 30 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS DUITAMA	100	8	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	150	TALLA M 200 TALLA S 100	100	20	6
2	JERSALUD SAS - SOGAMOSO	89	15	3 MONOGAFAS - 3 CARETAS	80	TALLA M - 400	50	20	3
3	JERSALUD SAS - TUNJA	140	15	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	250	TALLA M - 300	130	20	7
4	JERSALUD SAS - CHIQUINQUIRA	180	13	3- MONOGAFAS - 3 CARETAS	210	TALLA M 700	60	20	3
5	JERSALUD SAS - MONIQUIRÁ	60	10	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	120	TALLA S - 200	60	20	2
6	JERSALUD SAS - GARAGOA	60	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	120	TALLA M 100	40	20	2
7	JERSALUD SAS - GUATEQUE	60	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	150	TALLA M 100	40	20	2
8	JERSALUD SAS - SOATA	60	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	150	TALLA S - 100	40	20	2
9	JERSALUD SAS - ALMACEN	1000	48	5 MONOGAFAS	100	TALLA S = 2000 - TALLA M = 1500	1200	100	45

7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 16 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS - VILLAVICENCIO	5000	5	5	100	220	30	150	16
2	JERSALUD SAS - PUERTO GAITAN	20	5	3	20	25	4	40	2
3	JERSALUD SAS - PUERTO LOPEZ	20	5	3	15	30	18	30	2
4	JERSALUD SAS - GRANADA	20	5	7	12	35	10	25	2
5	JERSALUD SAS - ACACIAS	20	5	5	15	50	12	35	2



7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 31 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	SALUD SAS-YOP	114	44	400	470	1	12	20	13
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 31 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	SALUD SAS-YOP	1	0	0	1	0	15
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 31 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	SALUD SAS-YOP	23 CAJAS	7 CAJAS	0	14 CAJAS	80	5
* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL									
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JUNIO 25 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	SALUD SAS-YOP	50	0	0	50	1	5



7.2 Proyección adquisición EPP

7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

Fecha Impresión: viernes, 17 de julio de 2020 10:56

Página 1/1



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 900.433.437-8

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

Fecha: 17/07/2020 10:58:09 a. m.

CUFE: 60eb4e1f079c6b9f06bfbdf2743cf8d86b6e70e0336058d4d89626e4853c9448
91e5c20325269ed824214f36dff3423b

SOMOS RESPONSABLES DE IVA, AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION; ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL 4659 TARIFA (4.14*1000) POR COMPRAS. NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES.

FACTURA DE VENTA N° FQE4588



Datos Generales

Tercero: 900622551 - JERSALUD SAS	Dirección: CRA 6 64-195 LOCAL 104-105
Sucursal: JERSALUD TUNJA	Telefono: 5618123
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	U. Funcional: FQXPO102 - PPL-OPERATIVO FACTURACION-FQX
Detalle: TRASLADO DE FARMAQUIRURGICOS #348 A JERSALUD TUNJA	

Producto	Lote	Invima	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
302000449 - TAPABOCAS DESECHABLE ELASTICO REF GB-T32610				700	0,00	0,00	\$ 898	\$ 628.425

VALOR BRUTO: \$ 628.425

IVA: \$ 0

RETEFUENTE: \$ 15.711

RETENCIÓN IVA: \$ 0

RETENCIÓN ICA: \$ 2.602

VALOR NETO FACTURA: \$ 610.112

TOTAL: SEISCIENTOS DIEZ MIL CIENTO DOCE PESOS M/Cte.

ELABORÓ

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



7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta



**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
 MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA
 SAS**

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

Cotización
 No. C-1-421

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-07-21

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

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	W-AG1009	AGUJA HIPODERMICA 21GX1 1/2 CAJA X 100 UND	Ver	1.00	7,500.00	7,500.00
2	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	Ver	50.00	3,500.00	175,000.00
3	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	Ver	200.00	800.00	160,000.00
4	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	4.00	4,800.00	19,200.00
5	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	Ver	17.00	22,500.00	382,500.00
6	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	Ver	2.00	2,200.00	4,400.00
7	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	17.00	28,500.00	484,500.00
8	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	7.00	28,500.00	199,500.00
9	TUFFGLOVETL	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	6.00	28,500.00	171,000.00
10	OOEXA228	GUANTE VINILO PROTECION TALLA M CAJA X 100 UNDS	Ver	2.00	22,268.91	53,000.00
11	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	Ver	100.00	270.00	27,000.00
12	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	Ver	400.00	220.00	88,000.00
13	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	Ver	50.00	3,700.00	185,000.00
14	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	Ver	35.00	63,000.00	2,205,000.00
15	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	Ver	100.00	19,500.00	1,950,000.00
16	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	Ver	4.00	55,000.00	220,000.00
17	E-0075101	ALCOHOL ANTISÉPTICO 700 ML	Ver	10.00	6,500.00	65,000.00
18	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	5.00	29,500.00	147,500.00
19	SUHOS792	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	Ver	1.00	7,500.00	7,500.00
20	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	Ver	1.00	60,500.00	60,500.00
21	EQFIJA	FIJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	Ver	1.00	12,800.00	15,232.00
22	000083	GLUTFAR PLUS HDL PH ALCALINO ESTERILIZANTE 365 DIAS X 3800 ML GALON EUFAR	Ver	1.00	29,500.00	29,500.00
23	S-180237	GLUTARALDEHIDO PLUS PH ALCALINO ESTERILIZANTE 30 DIAS GALON X 4 LITROS	Ver	1.00	31,500.00	31,500.00

Total Bruto	6,677,438.00
Subtotal	6,677,438.00
IVA 19%	10,894.00
Total a Pagar	6,688,332.00

Gerente General
 sumfamedic@hotmail.com
 8748246

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303





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

Cotización
No. C-1-422

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-07-22

Elaborado por Sigo S.A.S. N.º 830.048.145-85-8

Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	XAPLIX20	APLICADORES CON ALGODÓN X20 KENEDY	Ver	10.00	950.00	9,500.00
2	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	1.00	4,800.00	4,800.00
3	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	Ver	1.00	22,500.00	22,500.00
4	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	10.00	28,500.00	285,000.00
5	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	30.00	28,500.00	855,000.00
6	0MEDIS75	GUANTE ESTERIL N. 7 1/2 PAR MEDISPO PAR	Ver	150.00	1,450.00	217,500.00
7	OOEXA228	GUANTE VINILO PROTEXION TALLA M CAJA X 100 UNDS	Ver	10.00	22,268.91	265,000.00
8	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	Ver	300.00	270.00	81,000.00
9	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	Ver	100.00	220.00	22,000.00
10	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	Ver	5.00	3,700.00	18,500.00
11	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	Ver	30.00	63,000.00	1,890,000.00
12	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	Ver	50.00	19,500.00	975,000.00
13	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS) UNIDAD MEDE	Ver	100.00	820.00	82,000.00
14	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	Ver	10.00	4,800.00	48,000.00
15	10102	MICRONEBULIZADOR COMPLETO PEDIATRICO UNI BIOLIFE	Ver	1.00	5,100.00	5,100.00
16	CONKITCX	KIT CIRUJANO MANGA CORTA	Ver	20.00	14,500.00	290,000.00
17	154541	OVEROL EN TELA DESECHABLE	Ver	20.00	19,500.00	390,000.00
18	EQU-26546	JABON QUIRUCIDAL 120 ML	Ver	3.00	9,500.00	28,500.00
19	021230	JABON DE MANOS X 500 ML	Ver	30.00	12,500.00	375,000.00
20	EQYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	Ver	2.00	3,800.00	7,600.00
21	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA AZUL	Ver	30.00	18,000.00	540,000.00
22	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	Ver	30.00	9,200.00	276,000.00
23	PU25-3317H50	PU 25-3317-H-50 HYDRAFLOCK 6 APLICADOR CON PUNTA ABSORBENTE PARA RECOLECCION DE MUESTRAS BIOLÓGICAS X 50	Ver	1.00	295,000.00	295,000.00

Total Bruto 6,940,689.00
Subtotal 6,940,689.00
IVA 19% 42,311.00
Total a Pagar **6,983,000.00**

Gerente General
sumfamedic@hotmail.com
8748246



7.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare

*SE PROYECTA REALIZAR ADQUISICION DE INSUMOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL LA PRIMERA SEMANA DE AGOSTO DE 2020.

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

Evidencia Entrega de EPP por parte de ARL Positiva



VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

JERSALUD SAS

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

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

Teléfono: 3125284435

BOGOTA D.C.

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

Respetados Señores:

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

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

KIT	CANTIDAD
MASCARILLA QUIRURGICA	1000

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

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

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 960.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-179.
Bogotá: 335-7000 / Portal Web: www.positiva.com.co

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo





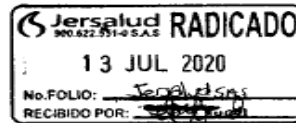
Agradecemos la atención prestada y nos ponemos a su disposición, para continuar sumando esfuerzos en la promoción y prevención de la salud de nuestros trabajadores afiliados.

Por su amable atención, gracias.

Cordialmente,

JORGE MAURICIO CONTRERAS
Gerente de Administración del Riesgo

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



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

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

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

GPSE21 (3).pdf
690 KB

Buenos días
Señora
DIANA DAZA
ARL-POSITIVA

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

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

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

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

GRUPO POBLACIONAL	QUIEN REALIZA LA PRUEBA	QUIEN CUBRE EL COSTO DE LA PRUEBA SEROLÓGICA	QUIEN CUBRE EL COSTO DEL CUIDADO
Pública y Fuerzas militares	Presbítero de Servicios de Salud (entidad pública o privada)	Regimen especial FFATM - Pública	Regimen especial FFATM - Pública
Población prueba de la libertad	Presbítero de Servicios de Salud (entidad pública o privada)	Fondo Nacional de Salud de la EPS	Fondo Nacional de Salud de la EPS
Personas privadas de libertad de las cárceles y centros de detención	Presbítero de Servicios de Salud (entidad pública o privada)	Entidad territorial	Entidad territorial

Página 12 de 21

Una vez diligenciado este documento de consulta se copia en controlador.

ASPT 12 - Versión 1

GRUPO POBLACIONAL	QUIEN REALIZA LA PRUEBA	QUIEN CUBRE EL COSTO DE LA PRUEBA SEROLÓGICA	QUIEN CUBRE EL COSTO DEL CUIDADO
Población hablante de calle	Presbítero de Servicios de Salud (entidad pública o privada)	Entidad territorial	Entidad territorial
Población migrante en albergues	Presbítero de Servicios de Salud (entidad pública o privada)	Entidad territorial	Entidad territorial
Población indígena	Presbítero de Servicios de Salud (entidad pública o privada)	Entidad territorial	Entidad territorial
Otros poblaciones generadas por las entidades territoriales	Presbítero de Servicios de Salud (entidad pública o privada)	Entidad territorial	Entidad territorial
Personas privadas de libertad de las cárceles y centros de detención por ejemplo, migración, etc.	Presbítero de Servicios de Salud (entidad pública o privada)	Entidad territorial	Entidad territorial
Personas privadas de libertad de las cárceles y centros de detención por ejemplo, migración, etc.	Presbítero de Servicios de Salud (entidad pública o privada)	ARL	ARL
Trabajadores de la salud	Presbítero de Servicios de Salud (entidad pública o privada)	ARL	ARL

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Consulta Nacional: 018000190303
VIGILADO



LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19



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

Vie 12/06/2020 11:41

Para: Karen Melo

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



Buenos días:

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

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

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

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

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

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

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

Agradezco la atención.

Cordialmente;

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

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

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

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

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19



Analista SST - Aura Londoño

Mié 08/07/2020 17:06

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

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



Buenas tardes Diana Daza

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

Quedo atenta a su pronta respuesta

Gracias

Cordialmente,

Aura Cristina Londoño Dueñas

Analista SST

Sucursal Villavicencio

Cel. 320 2775564

Correo: analistasst.meta@jersalud.com



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

...

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Reenviar](#)



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

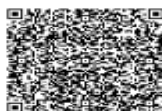


ACUSE RECIBIDO

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

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

Número de Consecutivo: **000123**



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

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

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

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

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

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

Asunto: manual de contingencia IPS Jersalud Boyacá

Cordial saludo

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

Cordialmente

Mónica Salamanca R.

Profesional de Garantía de la Calidad.

Jersalud S.A.S Boyacá.





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



P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ...
1015 KB

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

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



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



Alcaldía Mayor de Tunja
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL



1.7.2-1-4-1139

Tunja, 23 de junio de 2020

LA SUSCRITA SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICA:

Que la IPS JERSALUD S.A.S., con Código de Habilitación 150010279401, ubicado en la Carrera 6 # 64b-195 local 104-105, cuenta con los protocolos de Bioseguridad en el contexto de la actual Pandemia COVID-19, aprobados por la Secretaría de Salud de Boyacá, de conformidad con lo establecido en el documento *Orientaciones para la Restauración Gradual de los Servicios de Salud en las Fases de Mitigación y Control de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Colombia*, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y a lo establecido en la Circular 118 del 12 de mayo de 2020, emitida por la Entidad Territorial Departamental.

Por lo anterior se autoriza, de manera preliminar, la Restauración de los Servicios de Ginec Obstetricia, Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria, Toma de Muestras, Tamización de Cuello Uterino, Protección Específica Atención al Recién Nacido, y Protección Específica en Planificación Familiar Hombres y Mujeres, teniendo en cuenta que la Secretaría de Protección Social de Tunja, realizará el respectivo seguimiento, durante la Restauración Gradual de la Prestación de los Servicios de Salud con base en la normatividad vigente e informará a la Entidad Territorial Departamental, si evidencia incumplimiento.

La presente certificación se expide a solicitud del Prestador de Servicios de Salud, con destino a quien interese.


LUCY ESPERANZA RODRÍGUEZ PÉREZ
Secretaria de Protección Social de Tunja

Elaboró: Lina Johana Hernández Acevedo
Revisó: Lucy Esperanza Rodríguez Pérez



SC-CER432975

mipg

NIT. 891800345 - 1

Calle 19 N° 9 - 95 cuarto piso edificio municipal,
Tunja, Boyacá - 740 57 70 ext. 1720 • proteccionsocial@tunja.gov.co
www.tunja-boyaca.gov.co



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

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD VILLAVICENCIO CONTINGENCIA COVID 19.



M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB
Registro Autorizacion de Serv... 24 KB

5 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenas tardes:

La presente es para solicitar autorización de los siguientes servicios, para la IPS Jersalud Villavicencio:

1. Ginecología.
2. Pediatría.
3. Medicina Interna.

La prestación de las anteriores especialidades se describe en el documento plan de contingencia COVID 19 adjunto al presente correo, adicional se envían los siguientes documentos:

1. Documento de telemedicina IPS Jersalud SAS.
2. Excel inscripción de servicios para autorización.
3. Flujoigramas.

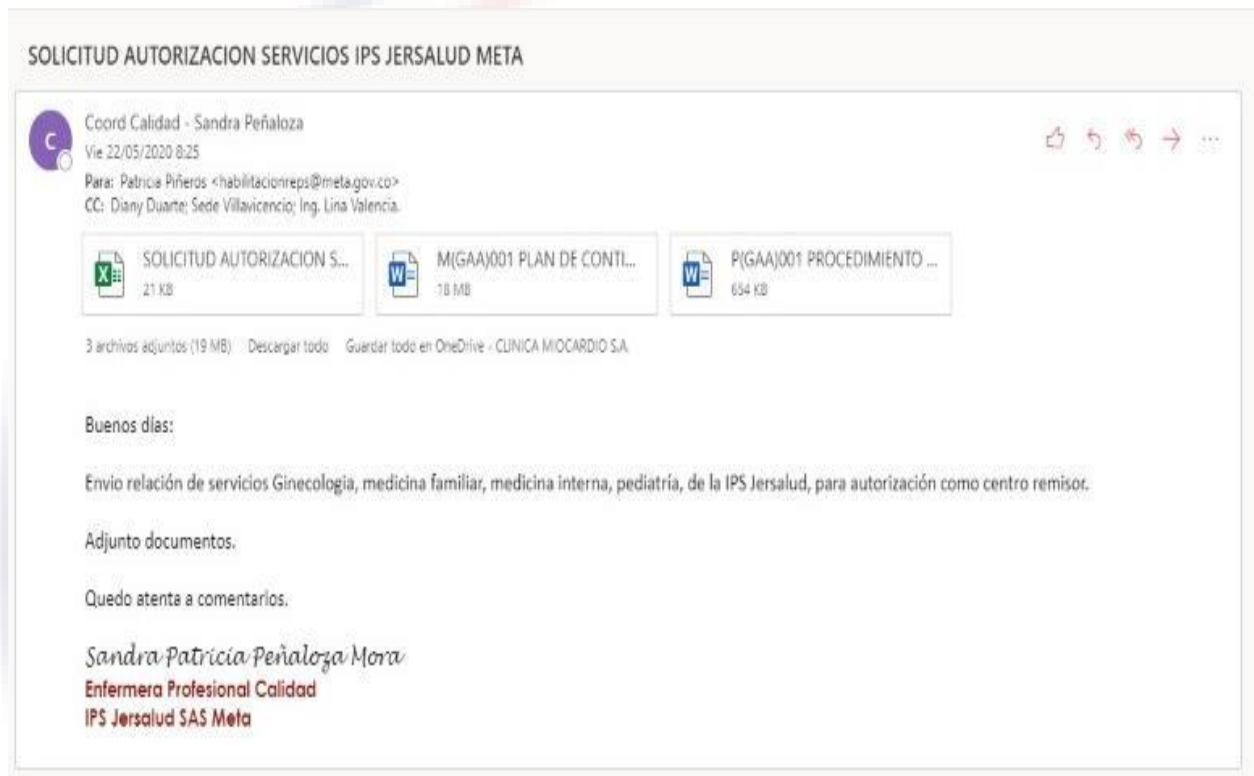
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

Quedo atenta a comentarios.

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD META

Coord. Calidad - Sandra Peñaloza
Vie 22/05/2020 8:25

Para: Patricia Piñeros <habilitacionreps@meta.gov.co>
CC: Diany Duarte; Sede Villavicencio; Ing. Lina Valencia.



SOLICITUD AUTORIZACION S... 21 KB
M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB

3 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenos días:

Envío relación de servicios Ginecología, medicina familiar, medicina interna, pediatría, de la IPS Jersalud, para autorización como centro remitot.

Adjunto documentos.

Quedo atenta a comentarios.

Sandra Patricia Peñaloza Mora
Enfermera Profesional Calidad
IPS Jersalud SAS Meta



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

PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

De: CoorCalidad.Yopal Jersalud
Enviado: miércoles, 29 de abril de 2020 15:36
Para: regsubsidiado yopal casanare <regsubsidiado@yopal-casanare.gov.co>; coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>; Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>
Asunto: PLAN DE CONTINGENCIA

Buen día envió plan de contingencia con las correcciones solicitadas por secretaria de salud.
Agradezco atención prestada quedo atenta.


KAREN LIZETH SOLANO AYALA
Profesional de Calidad
Sede Yopal-Casanare
3213805455

^ Ocultar historial de mensajes

AUTOEVALUACION CASANARE



CoorCalidad.Yopal Jersalud <CoorCalidad.YopalJersalud@outlook.com>
Tue 14/05/2020 18:56
Para: sivilayopal@gmail.com y 3 más
CC: Usted; coord.yopaljersalud@outlook.com y 2 más

 202005141548 ACTA LAVADO...
39 KB

 Autoevaluación Casanare.xlsx
191 KB

 23 ACTO DE MODIFICACIÓN ...
72 KB

 26 ACTO DE CONFORMACIO...
73 KB



13. MATRIZ ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Jersalud		MATRIZ ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			PGE 003/24 Versión: 1 del 11/8 1 de 1			
AREA	CARGO	RIESGOS (según requerimiento EPP)	EPP REQUERIDO	IMAGEN DEL EPP	ROTACION O CAMBIO	DESCRIPCION TECNICA DEL EPP		
Odontología	Asesor de odontología e higienista oral	Riesgo Químico: Riesgo de contaminación con secreciones y fluidos corporales. Necesidad de un ambiente tranquilo. Riesgo de Pinchazos o cortes: Contacto con microorganismos infecciosos o material contaminado.	Respirador Quirúrgico		DIARIA ENTRE PACIENTE	Ficha Técnica Respirador Quirúrgico		
			Guantes Quirúrgicos estériles (Procedimientos Quirúrgicos) y Guantes de látex		DIARIA ENTRE PACIENTE	Ficha Técnica Guantes de látex		
			Gorro Quirúrgico		DIARIA ENTRE PACIENTE	Ficha Técnica Goro Quirúrgico		
			Monopatín o Gafas de Seguridad		DIARIA ENTRE PACIENTE LAVAR O LIMPIAR POR CADA USO DE SOSTE. SE DEBE REALIZAR DE INFECCION ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	Ficha Técnica Gafas de Seguridad		
		Consulta externa	Médico, jefe de enfermería y auxiliar de enfermería	Riesgo Biológico: Contacto con sangre, Riesgo de Pinchazos o cortes. Proyección de Partículas, excreciones y fluidos.	Camisa		DEBE CAMBIAR POR CADA TURNO LAVADO Y DE INFECCION	Ficha técnica de camisa
					Respirador N95		PERIODICIDAD DE CAMBIO: SEMANAL	Ficha técnica respirador N95
					Overol		SEMANAL Y DE INFECCION POR AGRESION ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	Ficha técnica de overol traje
					Bata con puño		SEMANAL DE INFECCION POR AGRESION	Ficha técnica de bata azulina
					Polainas		DIARIA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	Ficha técnica de Polainas
					Zapatos cerrados Antibacterias		CADA 4 MESES O POR GANADO DETERIORO	Ficha Técnica Cebado Antibacterias
Procedimientos	Auxiliar de enfermería	Riesgo Biológico: contaminación con excretas. Riesgo Químico: manipulación de sustancias de laboratorio.	Respirador Quirúrgico		DIARIA CAMBIO: SEMANAL SOLO EN CASO DE ATENCION A PACIENTES SOSPECHOSOS COVID-19	Ficha Técnica Respirador Quirúrgico		
			Respirador N95		DIARIA CAMBIO: SEMANAL SOLO EN CASO DE ATENCION A PACIENTES SOSPECHOSOS COVID-19	Ficha técnica respirador N95		
			Guantes Quirúrgicos estériles (Procedimientos Quirúrgicos) y Guantes de látex		DIARIA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	Ficha Técnica Guantes de látex		
			Uniforme del Pacie		TRAJE ANTI FLUIDO-CADA 4 MESES O POR GANADO DETERIORO SEMANAL SOLO EN CASO DE ATENCION A PACIENTES SOSPECHOSOS COVID-19	Ficha Técnica Uniforme del Pacie		
			Bata con puño		TRAJE ANTI FLUIDO-CADA 4 MESES O POR GANADO DETERIORO SEMANAL SOLO EN CASO DE ATENCION A PACIENTES SOSPECHOSOS COVID-19	Ficha técnica de bata azulina		
			Carita gruesa		POR TURNO O DETERIORO POR EL USO LIMPIEZA Y DE INFECCION ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	Ficha técnica de carita		
			Monopatín		CAMBIO POR GANADO DETERIORO	Ficha técnica de monopatín		
			Zapatos cerrados Antibacterias		CADA 4 MESES O POR GANADO DETERIORO	Ficha Técnica Cebado Antibacterias		
Procedimientos	Auxiliar de enfermería	Riesgo Biológico: contaminación con excretas. Riesgo Químico: manipulación de sustancias de laboratorio.	Traje de Protección: Pantalón y blusa en algodón, lana o algodón.		CADA 4 MESES	Ficha Técnica Uniforme Anti Fluidos		
			Guantes Nitril (Bajo calibre) - Materiales de nitrilo, butilo o neopreno.		DIARIA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	Ficha Técnica Guantes de látex		
			Zapatos cerrados Antibacterias		CADA 4 MESES O POR GANADO DETERIORO	Ficha Técnica Cebado Antibacterias		
			Monopatín o Gafas de Seguridad		REUTILIZABLES LIMPIEZA Y DE INFECCION ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	Ficha Técnica Gafas de Seguridad		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Central Nacional: 01800091030
Línea Central Bogotá: 01800091030
VIGILADO

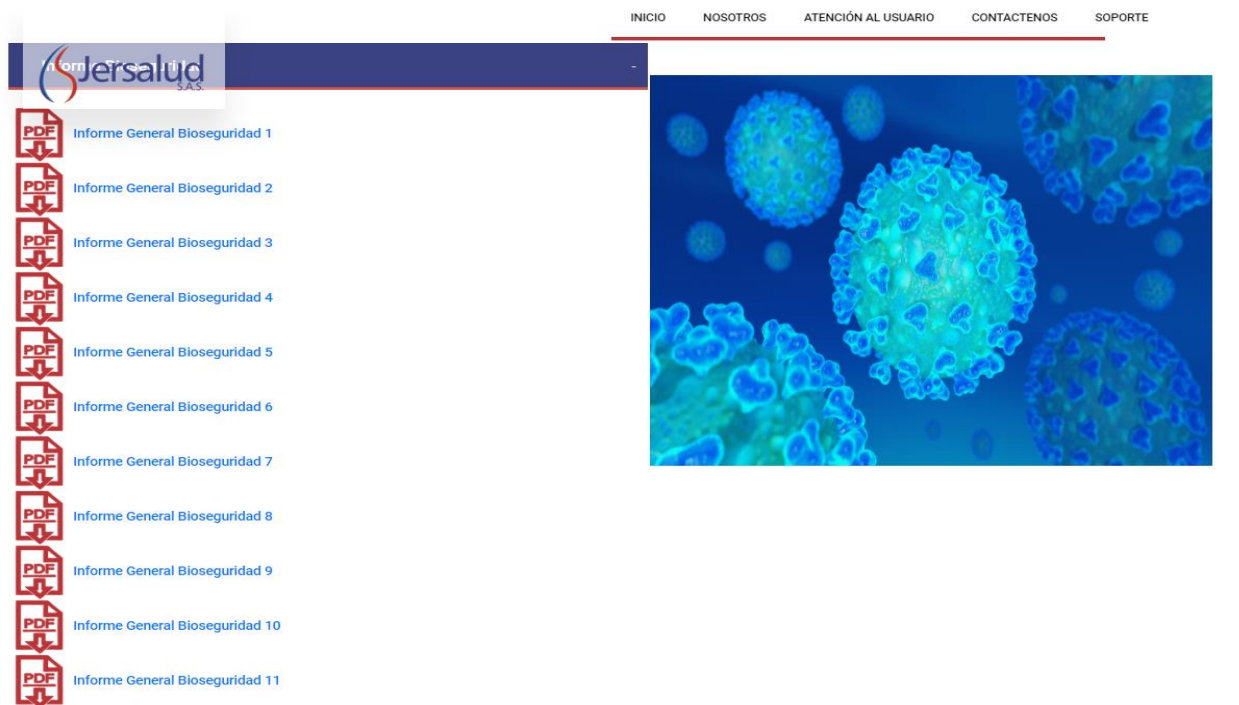


		MATRIZ ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL		FIG. 0004	
				WEEK 1	WEEK 1 DE 1
		Tapabocas de Laboratorio		DIARIO	Ficha Técnica Respirador Quiltingo
Servicios Generales	Todas las áreas en general. Procesos de limpieza y desinfección. Riesgo Biológico: Para trabajo húmedo, contacto con salpicaduras y elementos infecciosos. Riesgo Químico: Exposición a flujos turbulentos, vapores orgánicos y gases tóxicos. Riesgo mecánico: Contacto de superficies, clientes.	Overol de Cobertura		CONTROL E IMPERMEABLE CAMBIO POR DAÑO O DETERIORO	Ficha Técnica Uniforme de Protección
		Gorro		CADA 4 MESES O POR DAÑO O DETERIORO en todas las entregas CUANDO REQUIERAN HACER LIMPIEZA Y DESINFECCION DE SPACES DE ATENCION A PACIENTE SUSPECTO O COVID-	Ficha Técnica Gorro
		Capa		CADA 4 MESES O POR DAÑO O DETERIORO en todas las entregas CUANDO REQUIERAN HACER LIMPIEZA Y DESINFECCION DE SPACES DE ATENCION A PACIENTE SUSPECTO O COVID-	Ficha Técnica Capa
		Delantal impermeable a fluidos, de caucho		CADA 4 MESES O POR DAÑO O DETERIORO	Ficha Técnica Delantal Antifluido
		Monogafas o Gafas de Seguridad		CADA 4 MESES O POR DAÑO O DETERIORO	Ficha Técnica Monogafas
		Gaunas de Caucho		CAMBIO POR DAÑO O DETERIORO	Ficha Técnica Guante de Caucho
		Tapabocas		DIARIO	Ficha Técnica Respirador Quiltingo
		Bota de Caucho Antiderrames		CADA 4 MESES O POR DAÑO O DETERIORO	Ficha Técnica Bota de Caucho
		Zapatos cerrados Antiderrames		CADA 4 MESES O POR DAÑO O DETERIORO	Ficha Técnica Zapato Cerrado
AREA ADMINISTRATIVA	ATENCION AL USUARIO CALIDAD Riesgo Biológico: Contacto directo con usuarios. Agendamiento de citas, entrega de formulas medicas, brindando informacion a los usuarios via presencial y telefonica.	Uniforme		CADA 4 MESES	Uniforme
		Tapabocas		DIARIO	Ficha Técnica Respirador Quiltingo
		Carita		CAMBIO POR DAÑO O DETERIORO	Ficha Técnica Mascara Media Cara
		Cubredo cerrado		CADA 4 MESES O POR DAÑO O DETERIORO	Ficha Técnica Zapato Cerrado














14. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

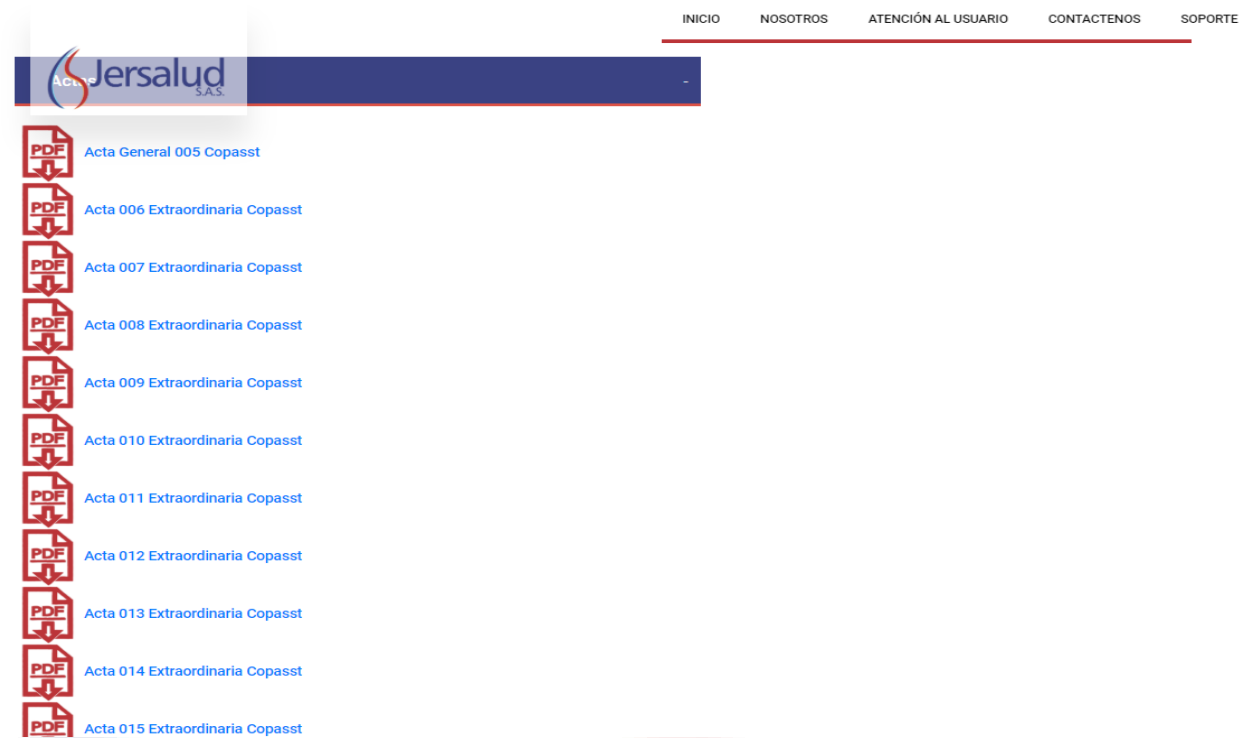
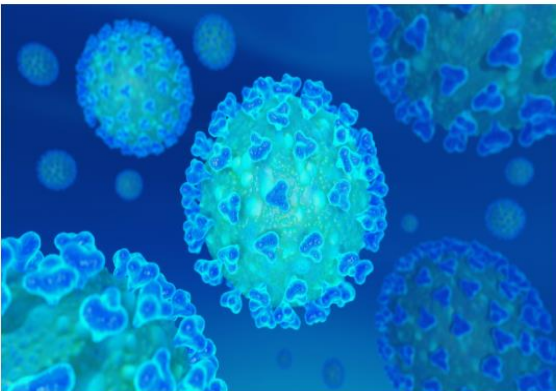
12.1 Evidencia publicación en página Web



INICIO NOSOTROS ATENCIÓN AL USUARIO CONTACTENOS SOPORTE












Jersalud S.A.S.

-  Informe General Bioseguridad 1
-  Informe General Bioseguridad 2
-  Informe General Bioseguridad 3
-  Informe General Bioseguridad 4
-  Informe General Bioseguridad 5
-  Informe General Bioseguridad 6
-  Informe General Bioseguridad 7
-  Informe General Bioseguridad 8
-  Informe General Bioseguridad 9
-  Informe General Bioseguridad 10
-  Informe General Bioseguridad 11



INICIO NOSOTROS ATENCIÓN AL USUARIO CONTACTENOS SOPORTE

Jersalud S.A.S.

-  Acta General 005 Copasst
-  Acta 006 Extraordinaria Copasst
-  Acta 007 Extraordinaria Copasst
-  Acta 008 Extraordinaria Copasst
-  Acta 009 Extraordinaria Copasst
-  Acta 010 Extraordinaria Copasst
-  Acta 011 Extraordinaria Copasst
-  Acta 012 Extraordinaria Copasst
-  Acta 013 Extraordinaria Copasst
-  Acta 014 Extraordinaria Copasst
-  Acta 015 Extraordinaria Copasst



12.2 Link de publicación Informes Pagina Web Jersalud

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20UNIO.pdf>


<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20ULIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20ULIO.pdf>


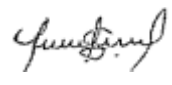
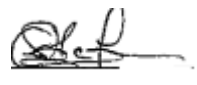
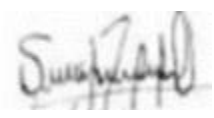


<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20JULIO.pdf>

Aprobación

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe administrativa y de talento humano Boyacá Presidente Comité COPASST	



Karen Emilia Melo González	Jefe administrativa y de talento humano Meta Secretaria Comité COPASST	
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	