

# **INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 5 DE SEPTIEMBRE**

**Del 24 de  
Septiembre al 02  
de Octubre 2020**

## 1. REUNION COPASST SEMANA 4 SEPTIEMBRE DEL 24 DE SEPTIEMBRE AL 02 DE OCTUBRE 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 026 COPASST

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

<b>ACTA N° 026 DE 2020</b> <b>REUNION EXTRAORDINARIA</b>					
<b>DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN</b>					
<b>COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:</b>		<b>COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST</b>			
<b>LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE</b>					
<b>FECHA:</b>	<b>DD</b> 01	<b>MM</b> 10	<b>AA</b> 2020	<b>HORA INICIO</b> 11:10 A.M.	<b>HORA FINALIZACION</b> 11:48A.M
<b>MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO</b>					

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

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



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

Ysella González Cuevas – Asistente SST, TH y administrativa Casanare

**1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)**

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

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

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

**2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR**

La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #025 de Septiembre de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.

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

**COMPROMISOS**

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



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

Realizar reporte de casos confirmados a ARL	Jefe administrativo y de talento humano Regional Meta	18/09/2020	Jersalud Villavicencio	Correo de envío a Asesor ARL	100%	
---------------------------------------------	-------------------------------------------------------	------------	------------------------	------------------------------	------	--

#### 4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

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

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

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

*SI*

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

*SI*

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

*SI*



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

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

SI

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

SI

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

SI

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

SI

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

ITEM	DESCRIPCIÓN	VERIFICADO POR EL COPASST		EVIDENCIA QUE SE DEBE ENVIAR	CALIFICA DE 1 A 100 SEGUN 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 Septiembre 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
2	¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		Facturas y órdenes de compra y fichas técnicas de los EPP adquiridos	100	100%	Integrado en el informe semana 5 Septiembre 2020 Numeral 3 (3.1,3,2)



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

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 Septiembre 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X	Soporte de entrega de EPP debidamente firmados (de acuerdo a lo establecido en la matriz de EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega)	100	100%	Integrado en informe semana 5 Septiembre 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
5	¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X	Base de trabajadores con registro de cantidad entregada y frecuencia de entrega de los EPP a cada trabajador	100	100%	Integrado en informe semana 5 Septiembre 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X	Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir (saldo que viene, adquisición, suministro semanal, Suministros por ARL, saldo de la semana y proyección)	100	100%	Integrado en el informe semana 5 Septiembre 2020 Numeral 7 (7.1,7,2)
7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	X	Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	100	100%	Integrado en el informe semana 5 Septiembre 2020 Numeral 8
8	Se planean medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X	Acta de Copesat semanal (quien, como, cuando y verificación cumplimiento)	100	100%	Evidencia Acta de reunión 026 Numeral 4.4



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

9	Link de Publicación del informe	X	Se debe publicar semanalmente el acta de reunión donde se evidencie (calificación y verificación del cumplimiento de las medidas de prevención frente el covid-19)	100	100%	Link Publicación semana 4 de Septiembre en página web <a href="http://www.jersalud.com/ediciónADMINISTRACIONGENERALDEBIOSEGURIDAD/SEMANA5DESEPTIEMBRE.pdf">http://www.jersalud.com/ediciónADMINISTRACIONGENERALDEBIOSEGURIDAD/SEMANA5DESEPTIEMBRE.pdf</a>
10	Reunión semanal del COPASST Semanal	X	Acta de Copasst semanal	100	100%	Integrado en informe semana 5 Septiembre 2020 Numeral 1(1.1,1.2,1.3)
<b>TOTAL</b>				<b>1000</b>	<b>100%</b>	

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

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

4.5 La asistente de seguridad y salud en el trabajo sede Yopal manifiesta haberse trasladado a las instalaciones del Ministerio de Trabajo ubicado en la ciudad de Yopal en las cuales le informan que no se está atendiendo de manera presencial, se intentó comunicar con la inspectora de trabajo asignada para Casanare Sandra Yaneth Silva Rodríguez, pero ella se encuentra en teletrabajo, se adquiere el compromiso de enviar correo para si es posible asistir a uno de las reuniones de COPASST.

4.6 Debido a la renuncia de la señora Sonia Yaneth Ruiz García auxiliar administrativa quien pertenecía al COPASST Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo como representante principal por parte de los trabajadores, en su lugar se designa a Sandra Beatriz Malaver Avendaño quien era suplente y hasta el momento de nuevas elecciones del comité ocupara el lugar en el cual se encontraba Sonia Ruiz.



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

4.7 Se ratifica dentro del comité que se debe tener en cuenta los exámenes médicos periódicos de las regionales Boyacá, Meta y Casanare dando cumplimiento a la normatividad legal Vigente y en busca del bienestar de los colaboradores.

4.8 Se refiere en la importancia de organizar la participación de Jersalud Nacional en el simulacro de evacuación para el mes de octubre 2020 como impacto en el plan de emergencias y como acción preventiva para mitigar impactos en caso de desencadenarse una amenaza de tipo natural.

5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Reporte al uso de incumplimiento al Uso de EPP'S por parte de los colaboradores	Miembros COPASST	Continuo	Jersalud Nacional	Actas de compromiso y procesos disciplinarios	
Enviar correo a Ministerio de trabajo para asistencia reunión COPASST	Asistente SST Yopal	06/10/2020	Jersalud Yopal	Correo de solicitud	


6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA

PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		


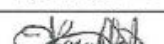
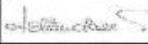





**1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Septiembre Semana 5**  
**1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá**


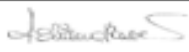





	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	F(GI)012
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 026 de 2020					
FECHA: 01/10/2020		HORA DE INICIO: 11:10 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 11:48a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admin y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910332  
 VIGILADO

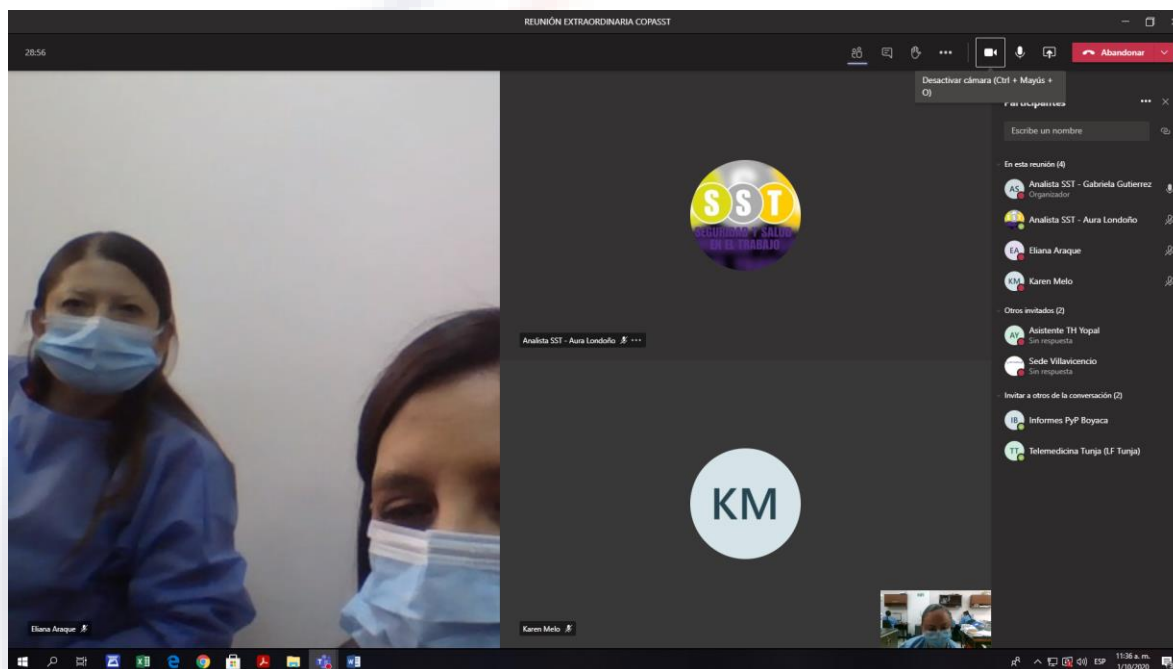
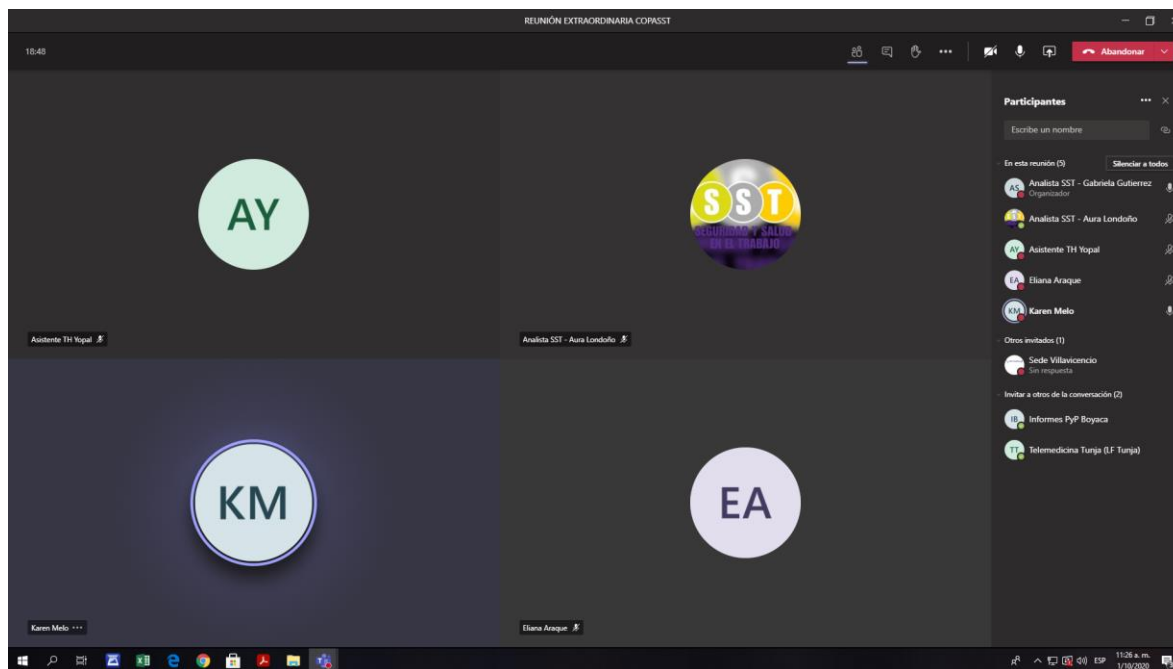


		<b>FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA</b>			F(GI)012 Versión: 1 oct-18 1 DE 1
<b>SEDE:</b> <u>JERSALUD NACIONAL</u>					
<b>INFORMACIÓN DE GENERAL</b>					
<b>TIPO DE REUNIÓN:</b> Comité					
<b>TEMA TRATADO:</b> COPASST Reunion extraordinaria Acta 026 de 2020					
<b>FECHA:</b> 01/10/2020		<b>HORA DE INICIO:</b> 11:10 a.m		<b>HORA DE FINALIZACIÓN:</b> 11:48a.m	
<b>LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL:</b> Jersalud Meta y Casanare					
<b>EXPOSITOR:</b>	<b>Julieth Eliana Araque Sosa</b>			<b>FIRMA:</b>	
	<b>Karen Emilia Melo</b>				
<b>REGISTRO</b>					
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 MEDIO DEL APLICATIVO TEAMS
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					





### 1.3 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 JERSALUD BOYACA							
No	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	NIVEL DE EXPOSICIÓN A COVID-19	OBSERVACIONES
1	1052410687	EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
2	1052403488	ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIA	
3	23284976	SANDRA SOFIA MOZO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
4	46672546	SANDRA BEATRIZ MALAVER AVENDAÑO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
5	46681354	SORAIDA EDITH BRIJALDO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	INCAPACITADA
6	46458143	HIDALY TRIANA TRIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
7	1053608206	DIANA MARCELA CERCADO AVELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
8	46456242	DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
9	1053340626	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
10	1053348812	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
11	1053348179	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
12	1002526470	YENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
13	23810177	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIA	
14	46370222	MARIA CONSTANZA BENAVIDES PENAGOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
15	33676330	FANNY MARLENY CAICEDO AVILA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
16	1014188587	YULY MARCELA MUÑOZ ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
17	53081059	DEISY JEANNETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
18	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
19	23552508	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
20	24080048	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
21	1049625040	MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
22	1075266835	LINA MARIA VALENCIA MONTENEGRO	INGENIERA DE PROCESOS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
23	1019014458	BIBIANA GOMEZ ALFONSO	AUXILIAR CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
24	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIA	
25	1022935321	FRANCELINA JUNCO CASTELBLANCO	ANALISTA CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	
26	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
27	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	ANALISTA SST	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIA	
28	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
29	1051212157	JOSE ARMANDO FUQUEN RIOS	ANALISTA ACTIVOS FIJOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
30	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
31	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIA	
32	52963532	MÓNICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
33	46672428	LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
34	1049616557	MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
35	40038562	MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
36	72205029	JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
37	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIA	
38	46378245	SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
39	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
40	33367367	GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
41	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	



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



42	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
43	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
44	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
45	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
46	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
47	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
48	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
49	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
50	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUARAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
51	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
52	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
53	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
54	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
55	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
56	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	JEFE TALENTO HUMANO Y ADMIN	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDI A	
57	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
58	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
59	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
60	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
61	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
62	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
63	1049799152	NIYRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
64	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
65	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
66	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA-DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INTERMEDI A	TELECONSULTA
67	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
68	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
69	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
70	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
71	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
72	1057585417	DEISY YAMILE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
73	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
74	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
75	93409150	URIEL CRUZ VEGA	VICEPRESIDENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
76	52354872	JANNETH ANDREA BARRETO DOMINGUEZ	ANALISTA DE TESORERIA	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
77	16187457	ALBERTO MORA BAHOS	DIRECTOR DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES-TIC	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
78	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUNPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
79	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
80	1075255284	ANDRES FELIPE HERNANDEZ HURTADO	ANALISTA JURIDICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
81	7726108	JUAN MANUEL MONTOYA HERNANDEZ	PRESIDENTE	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
82	1052020668	DEISY JULIANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
83	1002461363	DIANA SOFIA CHAPARRO CHAPARRO	APRENDIZ SENA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
84	33377254	DIANA YANIRA IBAÑEZ DIAZ	APRENDIZ SENA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
85	1002340134	DANIELA SUAREZ RUANO	APRENDIZ SENA	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDI A	
86	86050606	JHELVER ALEXANDER HERRERA LOZADA	MEDICO GENERAL	DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
87	1056930698	FABIO ANDRES PARADA ACUÑA	ANALISTA DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDI A	
88	1118568585	KAREN LISETH GROSSO HERNANDEZ	APRENDIZ SENA	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDI A	
89	1049651662	DIANA CAROLINA APONTE REYES	APRENDIZ SENA	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDI A	




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



90	40430979	CLAUDIA MILENA PARRA SUAREZ	ANALISTA CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
91	1030614442	ANDRES LIBARDO JAIME ROJAS	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
92	23324421	ROSMIRA GUERRERO HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
93	1049635057	JULLY ESTEPHANIE FORERO GRANADOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
94	1073385541	CARLA CONSTANZA RUIZ PRADO	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
95	46366489	MERCEDES BARRERA BOTIA	GERENTE FARMACIA	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
96	53065807	LEIDY CAROLINA AMAYA TALERO	COORDINADOR TECNICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
97	39623766	FLOR ALBA RINCON ACOSTA	COORDINADOR DE SETVICIOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
98	93136734	MILTON ANDRES SANCHEZ PERDOMO	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
99	33365493	SONIA MABEL PIRA QUICA	AUXILIAR DE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
100	1048846141	LEIDY ANDREA CASTILLO MORALES	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
101	23783002	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
102	23522660	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	SOATÁ	DIRECTA	DIRECTA	
103	1053605275	MAYCOL DAVID VELASCO PARRA	AUXILIAR DE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
104	46669839	LINA ISABEL ZABALA MANCIPE	Regente de Farmacia Tipo II	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
105	23730499	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
106	74083496	SERGIO RICARDO CELY PEREZ	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
107	1058274757	LEIDI RUTH GAITAN VARGAS	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
108	105759181	BRIGITTE DAYANA DIAZ MONGUI	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
109	1048846095	LEIDY DAYANA MONROY GUERRERO	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
110	1049658796	HECTOR JULIAN MORENO SANCHEZ	AUXILIAR SERVICIO AL CLIENTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIA	
111	1002522198	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUXILIAR DE FARMACIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
112	52835873	LILIA ANGELICA DURAN RODRIGUEZ	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	BOGOTA	DIRECTA	DIRECTA	
113	1049795603	YANIBE DEL ROSARIO VELASQUEZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	Guateque	DIRECTA	DIRECTA	
114	33378530	NIDIA ROCIO SAENZ PEÑA	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
115	1118530677	GLORIA ESPERANZA HINCAPIE MARTINEZ	COORDINADORA DE SERVICIO FARMACEUTICO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIA	
116	40047556	SANDRA MILENA PIÑEROS CHAVEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
117	1102834710	LASTIS ISABEL TATIS DIAZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
118	1049618508	JULIANA ANDREA ARIAS ROJAS	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
119	24017772	MYRIAM AURORA BUITRAGO CASTRO	AUXILIAR DE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
120	50916656	CARMEN CECILIA CACERES ÑUSTEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
121	1140835503	KAREN LORENA FLOREZ RANGEL	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
122	51990459	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
123	1019058319	JUAN CAMILO ALDANA SANCHEZ	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA



## 2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

		BASE DE DATOS PERSONAL JERSALUD META					
ITEM	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	NIVEL DE EXPOSICIÓN A COVID-19	OBSERVACIONES
1	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
2	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
3	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
4	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
5	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
6	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
7	40218844	YULY YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
8	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
9	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
10	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
11	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
12	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
13	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
14	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
15	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
16	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
17	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
18	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
19	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
20	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
21	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
22	1121862132	MERY YADIRA GARCIA ALVAREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
23	23835203	NANCY NIÑO CHAURA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
24	1233493768	JENNIFER CATALINA CASTRO GUERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
25	20546130	ANA BEATRIZ REINA REINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
26	1122237190	DIANA MARCELA NEIRA ROJAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
27	1121947580	VIVIANA ANDREA CARDENAS QUINTERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
28	1121905645	SANDRA YAMILE AVILA GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
29	40250253	MARIELA LOPEZ TREJOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
30	86064317	EDWIN ALFONSO DUQUE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
31	1121933152	LINA FERNANDA VELASQUEZ BETANCOURT	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
32	40039701	MARTHA LUCIA SOLER CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
33	1193142908	JENNIFER DAYANA GUERRA LOPEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
34	1121950663	ADRIANA MARCELA ACUÑA VILLADIEGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	





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

35	1121898940	MAIRA FAISULY ROJAS CORREAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
36	1120502407	LAURA CAMILA PADILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
37	40404908	BIANEY RAMIREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
38	40326034	JULY CAROLINA ROJAS HERRERA	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
39	1121846960	GRECIA YAJAYRA TELLEZ CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
40	1121880489	JENNY SHIRLEY GUTIERREZ SIERRA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
41	39537576	SANDRA PATRICIA REY BOLAÑOS	NUTRICIONISTA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TELECONSULTA
42	1019071171	ADRIANA LORENA REY RODRIGUEZ	TRABAJADORA SOCIAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
43	1014278902	MARIA FERNANDA MATEUS GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
44	40325831	FRANCY PAOLA PEDROZA CORTES	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
45	1001401438	BLADIMIR CUELLO MAUSA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
46	1121867640	JENNIFER ALEXANDRA BOCANEGRA ANDRADE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
47	1123403310	KAREN MELITZA GUTIERREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
48	1121912611	JEISON ALEXANDER MARIN BEDOYA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
49	40443936	SANDRA MARCELA DIAZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
50	1006733676	JESICA PONTON PALACIOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
51	53761940	SANDRA MILENA CIFUENTES PEREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
52	1234791356	DAYANA LICETH GONZALEZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
53	1123567118	JENIFFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
54	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
55	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
56	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
57	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
58	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
59	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
60	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
61	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
62	1121916803	SEBASTIAN FALLA MUNEVAR	AUXILIAR DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
63	1007449166	ANGIE DANIELA CARREÑO RAMIREZ	AUXILIAR DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
64	1006827165	LAURA SOFIA PINTO QUEVEDO	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
65	1006773398	JHOAN SNEIDER SANTANA MONTOYA	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
66	1121872800	WILDER JULIAN NOVOA BORJA	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
67	1121833197	ANDREA CAROLINA BARBOSA VALLEJO	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
68	23623995	RUBY RUIZ SALAS	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
69	1063154205	GABRIEL ESTEBAN BABILONIA ESCOBAR	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	



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

70	1093755032	INGRID JHONNA CARDENAS MORA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
71	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	HACE PROCEDIMIENTOS EN OCASIONES
72	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	HACE PROCEDIMIENTOS EN OCASIONES
73	40185140	RUTH MARY BAQUERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
74	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
75	1123567118	JENNIFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
76	35262556	ADRIANA VALDES VIVEROS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
77	1121816223	ODIVER ESMERALDA GUERRERO VARGAS	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
78	1121839364	DAMARIS YULIANA ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
79	1121930795	ANGIE JULEIDY MACHADO ROMERO	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
80	86056869	EDGAR ANDRES GARCIA PORRAS	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
81	1121860890	XIOMARA OLAYA MORA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
82	1127390578	DUVAN FERNEY VILLEGAS	ANALISTA DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
83	1121876618	ÉRICA EUGENIA HERNÁNDEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
84	1010066853	CLAUDIA VANESA PARADA SUAREZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
85	1121876618	ERIKA EUGENIA HERNANDEZ SANTAMARIA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
86	40325398	ANGELICA MARIA LARRANAGA DIAZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
87	40396855	DIANA CONSUELO ROA CARDENAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
88	1000271662	EYLEEN DANIELA DIAZ MURILLO	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
89	1121851922	WILMER JULIAN VELASQUEZ GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
90	1045682498	YEIMY MARCELA NEVADO GUZMAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
91	1068973172	DIANA MILENA LONDOÑO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
92	1007497333	LUISA MARIA SUAREZ GUARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
93	1121851998	PAOLA MILENA RIVERA RAMIREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
94	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
95	40329336	YENI CAROLINA ORTIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
96	1119894087	MORELIA JINETH MORA FRANCO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
97	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
98	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
99	52045168	IMNA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
100	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
101	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
102	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
103	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
104	41242448	CLAUDIA YANETH RAMIREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
105	1121839364	DAMARIS YULIANA ESTRADA	REGENTE DE FARMACIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
106	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
107	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
108	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	



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

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

PERSONAL JERSALUD YOPAL								
ITEM	TIPO	N° DE IDENTIFICACION	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1.121.914.029	Rosell Natalia Velasquez Lopez	Coordinador Asistencial de Sede	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
2	CC	1.047.438.183	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL/MEDIA JORNADA
3	CC	47441197	Ysella González Cuevas	Asistente administrativo-Talento Humano- SST	YOPAL	DIRECTA	INTERMEDIO	TRABAJO PRESENCIAL
4	CC	1080015590	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
5	CC	1.118.574.733	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
6	CC	1118553056	Arlyn Ivette Ramírez Parra	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
7	CC	1010201040	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TELE TRABAJO-AISLAMIENTO PREVENTIVO CONTACTO ESTRECHO CASO COVID-19
8	CC	1.090.495.225	María Alejandra Vargas Palacios	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
9	CC	9432965	Henry Darío Uva	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TELE TRABAJO-AISLAMIENTO PREVENTIVO CONTACTO



								ESTRECHO CASO COVID-19
10	CC	23726655	Mérida Barrera Tolosa	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
11	CC	1054090740	Oscar Hernando Jiménez Rojas	Psicóloga	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
12	CC	1.118550499	Mariluz Martínez Alfonso	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
13	CC	1118570378	María Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
14	CC	33379545	Sandra Torres	Médico general	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
15	CC	47.420.208	Helena Maldonado	Regente de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
16	C.C	40402032	Adriana Victoria Corredor Tigreros	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
17	CC	33.480.734	Martha Cecilia Córdoba	Auxiliar de Farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
18	CC	52.704.266	Nelsy Johana Miranda Santos.	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
19	CC	3115739292	Sara Nohemí Ojeda Parales	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TELE TRABAJO-AISLAMIENTO PREVENTIVO CONTACTO ESTRECHO CASO COVID-19
20	CC	1.121.905.210	Alejandra Marcela Corredor Celis	Auxiliar administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
21	CC	52308103	Fanny Paola Mercado Delgado	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL



### 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
- 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 específico.

#### Resistencia Química

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

#### Características

- Material trisilar no transparente SMS.
- Permeabilidad al aire.
- Alta resistencia a la tensión en ambas direcciones.
- El tejido no se deshilacha ni despelura.
- Buena resistencia contra ácidos y solventes.
- No se degrada.
- No altera los tejidos (Antiñancho).
- 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.
- Antibiótico y no tóxico.
- Antiestático.



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"> <li>•Material propileno no tejido SMS 35 g</li> <li>•Repelente de fluidos /líquidos no transpirante, suavidad al tacto</li> <li>•Sujecion en la cintura ,puños de algodón</li> <li>•Medidas 117 largo x 140 de ancho</li> <li>•Tallas estandar</li> <li>•Tecnica de asepsia</li> <li>•Antialérgico, higiénico.</li> <li>•Utilizada para evitar ingreso de contaminación exterior</li> </ul>
CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Es un producto no invasivo, no esteril</li> <li>•Producto esterilizabile en oxido de etileno, sterrad, y vapor</li> <li>•De unico uso (Desechable)</li> </ul>
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"> <li>•Lavar las manos antes y despues de usar la prenda</li> <li>•vestir cuerpos para la valoración medica o tratamientos</li> <li>•servir como barrera microbiana entre la relacion medico, paciente y viseversa</li> <li>•Desechar una vez utiliza</li> <li>•Producto para uso personal, unico uso</li> </ul>
PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS	•Se debe considerar las precauciones recomendadas por normas de bioseguridad  " Todos los pacientes y sus fluidos corporales deben ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión"
DISPOSICIÓN FINAL	•Desechar como residuos peligrosos biologico-infecciosos. (Decreto ley 2811 de 1974 y la ley 99 de 1983) en 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



SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad de Control Normativo, Oficina de Registro  
 Vigilado



### Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166



**FICHA TÉCNICA**

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

**GORROS DESECHABLES NO ESTERIL**

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

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
 DIONY ANDREA GALLEGOSIERRA	 CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRÍA	 SANTIAGO DOMINGO PARRA

Copia Controlada

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





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

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

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


*Copia Controlada*



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





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

### FICHA TÉCNICA



#### 1. Referencias del respirador:

REFERENCIA	PRESENTACIÓN
Lifel095	Respirador Color Blanco

#### 2. Identificación y empaque:

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



# 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 ligeros con polvos con polvo biodegradable
- ✓ Guantes ambidiestros, mínima comodidad y flexibilidad.
- ✓ No estériles
- ✓ Impermeables, con dispensador que garantiza la integridad del producto.
- ✓ Hecho de material extraño, rebobos y aristas cortantes.
- ✓ Aseptico, hiperalérgico, atóxico.

**CARACTERISTICAS**

- ✓ Elaborados de 100% Látex natural, sin polvo y/o ligeramente lubricados con polvo biodegradable notada USP.
- ✓ Resistente a la rotación.
- ✓ Color natural
- ✓ De forma anatómica, zona de agarre texturada y con superficie lisa, lisa y uniforme antideslizante.
- ✓ Cumple con las pruebas de nivel de calidad de acuerdo a las normas internacionales Vigentes: ISO 11193, EN 455-3, EN 455-2 y ASTM D 3075-01

**INDICACIONES**

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

**VENTAJAS**

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

**DIMENSIONES**

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

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

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



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

**2.4.1 Factura Regional Boyacá**

Fecha Impresión: martes, 22 de septiembre de 2020 11:37

Página 1/1



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 900.633.437-8

Carrera 48 # 95-54 Barrio La Castellana  
 TELEFONOS: (+57) 3167443440  
 BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA

Fecha: 22/09/2020 11:36:17 a. m.

CUFE: Tce832efc3eb35ee5220547ddeb0248a36e78c54e43cebe7188779bede7e3e9  
 de0f999d46c352373e1dcf7a2301b32bb4

SOMOS RESPONSABLES DE IVA, AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION; ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL 4689 TARIFA (4,14\*1000) POR COMPRAS, NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES.

FACTURA DE VENTA N° FQE7431



Datos Generales	
Tercero: 800622551 - JERSALUD SAS	Dirección: CRA 6 64-195 LOCAL 104-105
Sucursal: JERSALUD TUNJA	Telefono: 5618123
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	FQXBA102 - STA-OPERATIVO U. Funcional: FACTURACION-FQX MIOCARDIO CASTELLANA
Detalle: TRASLADO DE FARMA #500 JERSALUD TUNJA 22-09-2020	

Producto	Lote	Inv/ma	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
300108620 - BATA DESECHABLE MANGA LARGA		0		600	0,00	0,00	\$ 6.398	\$ 3.838.590
VALOR BRUTO:								\$ 3.838.590
IVA:								\$ 0
RETEFUENTE:								\$ 90.965
RETENCIÓN IVA:								\$ 0
RETENCIÓN ICA:								\$ 16.892
<b>VALOR NETO FACTURA:</b>								<b>\$ 3.726.733</b>

TOTAL: TRES MILLONES SETECIENTOS VEINTISEIS MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/Cts.

ELABORÓ

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



Factura de venta electrónica con Autorización Numeración de Facturación N° 18763004712080 DEL 28/02/2020 prefijo autorizado FQE Autoriza del FQE 1 AL FQE 27624 vigente hasta el 27 de febrero de 2022. \*Bienes Exentos de IVA por Pandemia Covid-19 Decretos: 417 del 17 de marzo 2020 y 551 del 15 de abril de 2020\*. Efectuar Retención del 2,5% por Compras.

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO (SEGUN EL ART. 774/778 DEL COD. DE COMERCIO), CON ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR

Estado F.E.: Enviada

Usuario Creación: 53089545 - DIANA PAOLA FIGUEROA MOJICA - FQ

Usuario Impresión: 53089545 - DIANA FIGUEROA



### 2.4.2 Cotización 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-1-503

Para JERSALUD SAS  
Nit 900.622.551-0  
Fecha 2020-09-24

Elaborado por Silgio S. A. S Nit: 830.048.145-95-8

Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	250.00	6,950.00	1,737,500.00
2	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	<a href="#">Ver</a>	140.00	4,800.00	672,000.00
3	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	<a href="#">Ver</a>	40.00	1,950.00	92,820.00
4	PT364	ESPECULO VAGINAL DESECHABLE MOD2004 UNID	<a href="#">Ver</a>	100.00	1,512.61	180,000.59
5	DIS-404180519	GASA ESTERIL 3X3X5 UND SHERLEG	<a href="#">Ver</a>	50.00	450.00	22,500.00
6	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	<a href="#">Ver</a>	12.00	29,500.00	354,000.00
7	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	6.00	37,000.00	222,000.00
8	EQRJC3LT	RECOLECTOR GUARDIAN 2.9 BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	2.00	4,500.00	9,000.00
9	RCL15L	RECOLECTOR GUARDIAN 1.5	<a href="#">Ver</a>	2.00	3,500.00	7,000.00
10	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	20.00	3,800.00	76,000.00
11	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	<a href="#">Ver</a>	20.00	3,700.00	74,000.00
12	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	<a href="#">Ver</a>	33.00	55,000.00	1,815,000.00
13	E-0075101	ALCOHOL ANTISEPTICO 700 ML OSA	<a href="#">Ver</a>	5.00	6,000.00	30,000.00
14	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	<a href="#">Ver</a>	7.00	28,500.00	199,500.00
15	34841	GEL ANTIBACTERIAL BIDON	<a href="#">Ver</a>	2.00	232,000.00	464,000.00
16	6512456	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML ED	<a href="#">Ver</a>	21.00	13,500.00	283,500.00
17	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON	<a href="#">Ver</a>	3.00	29,700.00	89,100.00
18	11301016	JALEA ULTRASONIDO BIOGEL GALON X 3800ML	<a href="#">Ver</a>	3.00	29,500.00	88,500.00
19	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	<a href="#">Ver</a>	5.00	2,900.00	14,500.00
20	AXA1349261	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	<a href="#">Ver</a>	10.00	2,200.00	22,000.00
21	SOL-180237	GLUTARALDEHIDO 2% PLUS FCO X 1000 ML POTENCIALIZADO Y TAMPONADO EUFAR	<a href="#">Ver</a>	1.00	30,800.00	30,800.00
22	SO170806	BONCIDA FCOX 1000 ML JABÓN QUIRÚRGICO GLUCONATO	<a href="#">Ver</a>	1.00	44,500.00	44,500.00
23	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	<a href="#">Ver</a>	20.00	37,000.00	740,000.00
24	TMNB	TAPABOCAS N95 REPLICA UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	190.00	7,000.00	1,330,000.00

**Total Bruto** 8,554,661.00  
**Subtotal** 8,554,661.00  
**IVA 19%** 43,559.59  
**Total a Pagar** 8,598,220.59

**VIGILADO**  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Calle Comuna Nacional, 01800010303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



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





### Cotización

No. C-1-504

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

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-09-24

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

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

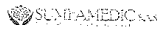
Elaborado por Sligo S.A.S Nit: 830 048 145-85-8

Gerente General  
 sumfamedic@hotmail.com  
 8748246

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910302



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
 Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Septiembre**  
 3.2.3 Factura Regional Casanare



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



Factura electrónica de venta  
 No. FE-137

Señores	JERSALUD SAS YOPAL			Fecha de Factura	Fecha de Vencimiento
NIT	900.622.551-0	Teléfono	3213665735	2020-09-02	2020-08-02
Dirección	CLL 40 23 99	Ciudad	Villavicencio - Colombia		

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	5.00	9,500.00	0 %	0 %	47,500.00
2	2452	GORROS DRUGA X 100 UND	1.00	28,500.00	0 %	0 %	28,500.00
3	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	8.00	45,000.00	0 %	0 %	360,000.00
4	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	3.00	60,000.00	0 %	0 %	180,000.00
5	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	20.00	6,950.00	0 %	0 %	139,000.00
6	TMNB	TAPABOCAS N85 REPLICA	40.00	7,000.00	0 %	0 %	280,000.00

Elaborado por Sige S.A.S NIT: 830.046.145-85-8

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

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

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

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

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

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

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

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



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







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

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>José Marvin Rojas</u>	Cédula	Unidad <u>C- externa</u>
-----------------------------------------------------------	--------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
<u>25 09 20</u>	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		<u>[Firma]</u>
<u>28 09 20</u>	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		<u>[Firma]</u>
<u>29 09 20</u>	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		<u>[Firma]</u>
<u>30 09 20</u>	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		<u>[Firma]</u>
<u>01 10 20</u>	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		<u>[Firma]</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>John Jacob</u>	Cédula <u>7188191</u>	Unidad <u>C- externa</u>
----------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
<u>25 09 20</u>				X	X	X	-	-	X	-		<u>[Firma]</u>
<u>28 09 20</u>				X	X	X	-	-	X	-		<u>[Firma]</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, John Jacob Identificado (a) con CC: 7188191, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jennifer Mateo Lopez	<b>Cédula</b> 1049634115	<b>Unidad</b> Asistencia
--------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
25 09 20				X									Jennifer Mateo S
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, Jennifer Mateo Lopez identificado (a) con CC: 1049634115, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Vance Sandoz Anderson Dora Cae	<b>Cédula</b> 1054678729	<b>Unidad</b> C. EXP
------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pajamas			
25 09 20				X									Anderson Vance
28 09 20				X									
29 09 20				X									
30 09 20				X									
01 10 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Anderson Vance Sandoz identificado (a) con CC: 1054678729, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800010303  
VIGILADO

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> GUEBREGO HERNANDEZ ROSMIRA	<b>Cédula</b> 23324421	<b>Unidad</b> ADM.
--------------------------------------------------------------------	---------------------------	-----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
28 09 2020				X										
29 09 2020				X										ROSMIRA GUEBREGO H
30 09 2020				X										ROSMIRA GUEBREGO H
40 90 2020				X										ROSMIRA GUEBREGO H
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, ROSMIRA GUEBREGO HERNANDEZ Identificado (a) con CC: 23324421, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JUAN BOSCA JOSE ADOLFO	<b>Cédula</b> 1120865548	<b>Unidad</b> C. GERENCIA TURNO
----------------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
26 09 20	X			X										Juan bosca J
28 09 20				X										Juan bosca J
29 09 20				X										Juan bosca J
30 09 20				X										Juan bosca J
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Diana Yanira Ibañez Díaz</u>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
-------------------------------------------------------------------------	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 09 20	X			X					X			Diana Ibañez
28 09 20	X			X					X			Diana Ibañez
29 09 20	X			X					X			Diana Ibañez
30 09 20	X			X					X			Diana Ibañez
01 10 20	X			X					X			Diana Ibañez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Zipa Vargas Giselle Andrea</u>	<b>Cédula</b> <u>1.049.647.500</u>	<b>Unidad</b> <u>Consulta Externa FIDministrato</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		
25 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa Vargas
26 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Giselle Andrea Zipa Vargas
28 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa Vargas
29 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa Vargas
30 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa Vargas
01 10 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa Vargas
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Carla Ruiz Prado	1073383541	Consulta externa.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X		<i>Carla Ruiz Prado</i>
30 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Carla Ruiz Prado</i>
01 10 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Carla Ruiz Prado</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, Carla Ruiz Prado Identificado (a) con CC: 1073383541, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Jilly Stephanie Forero	1049635.057	Tunja.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 09 20				X							X		<i>Jilly Stephanie Forero</i>
29 09 20				X							X		<i>Jilly Stephanie Forero</i>
30 09 20				X							X		<i>Jilly Stephanie Forero</i>
1 10 20				X							X		<i>Jilly Stephanie Forero</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jilly Stephanie Forero Identificado (a) con CC: 1049635.057, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Gilma Jilma Ruiz	<b>Cédula</b> 33367367	<b>Unidad</b> CTXT
----------------------------------------------------------	---------------------------	-----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
25 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	no	[Firma]
28 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-	-	no	[Firma]
29 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-	-	no	[Firma]
30 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-	-	no	[Firma]
10 10 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-	-	no	[Firma]
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Marco Ayde Flaco Jishi	<b>Cédula</b> 40-038562	<b>Unidad</b> consulta externa
----------------------------------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
25 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	uso bata desechable ad...	[Firma]
28 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-	-	u	[Firma]
29 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	uso bata desechable ad...	[Firma]
30 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	uso bata desechable ad...	[Firma]
01 10 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	uso bata desechable ad...	[Firma]
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, Flaco Jishi Marco Ayde Identificado (a) con CC: 40-038562, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> PONTAZO AFRICANO CLAUDIA ISABEL	<b>Cédula</b> 46361131	<b>Unidad</b> TUNJA C. EXTERNA
-------------------------------------------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 09 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
29 09 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
30 09 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
01 10 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Gersson David Gonzalez	<b>Cédula</b> 1049638771	<b>Unidad</b> Tunja
----------------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 09 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
28 09 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
29 09 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
30 09 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
01 10 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora: Tunja  
 Línea Control: Nacional, 01800019333  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Josea Escobar Jos Johnstone	7180163	C-Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Josa
26 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Josa
28 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Josa
30 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Josa
01 10 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Josa E
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Josea Escobar Jos Johnstone Identificado (a) con CC: 7180163, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Arturo Alino	40039607	C-Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	-	Reducidos	Alino
26 09 20	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	-		Alino
28 09 20	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	-		Alino
29 09 20	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	-		Alino
30 09 20	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	-		Alino
01 10 20	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	-		Alino
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Bunca Ceante	<b>Cédula</b> 40045784	<b>Unidad</b> C-Ent
------------------------------------------------------	---------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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				
25 09 20				X										
26 09 20	X			X					X					
27 09 20				X										
30 09 20				X										
01 10 20				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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Miguel Ángel Gale	<b>Cédula</b> 40027046	<b>Unidad</b> Jersalud
-----------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
25 09 20	X	X		X		X								
26 09 20	X	X		X		X								
28 09 20	X	X		X		X								
29 09 20	X	X		X		X								
30 09 20	X	X		X		X			X					
01 10 20	X	X		X		X			X					
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800091033



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jose G Molina	<b>Cédula</b> 72'205029	<b>Unidad</b>
-------------------------------------------------------	----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			
29 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-			
30 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-			
01 10 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, José G Molina Identificado (a) con CC: 72'205029, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> PEDRAZA VARGAS MARIA LUCIA	<b>Cédula</b> 40017103	<b>Unidad</b> (Consulta Externa Nutricion)
--------------------------------------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
25 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-			
29 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			
30 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			
01 10 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Maria Lucia Pedraza Vargas Identificado (a) con CC: 40.017103, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0800091033  
**VIGILADO**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Leon Amador Pineda Aguirre	<b>Cédula</b> 119068117	<b>Unidad</b> ADM.
--------------------------------------------------------------------	----------------------------	-----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 09 20	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	BATA ALICAT	[Firma]
28 09 20	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	TAPABOCAS ALICAT	[Firma]
29 09 20	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	" "	[Firma]
30 09 20	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	" "	[Firma]
01 10 20	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	" "	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, DIEGO ALICAT PINEDA Identificado (a) con CC: 119068117, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Yoly Patricia Ovalle	<b>Cédula</b> 23.324.561	<b>Unidad</b> Junta
--------------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
25 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
26 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
28 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
29 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
30 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
01 10 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Moreno Sanchez Julián	<b>Cédula</b> 7094658796	<b>Unidad</b> Farmacia
---------------------------------------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		
26 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		
28 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		
29 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		
30 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		
01 10 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Julián Moreno Sanchez Identificado (a) con CC: 7094658796 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Arias Rojas Juliana Andrea	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
--------------------------------------------------------------------	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Juliana Arias
26 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Juliana Arias
28 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Juliana Arias
29 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Juliana Arias
30 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Juliana Arias
01 10 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Juliana Arias
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Saenz Nidia	<b>Cédula</b> 33378530	<b>Unidad</b> farmacia
-----------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
26 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
28 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
29 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
30 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
01 10 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sardu Pina	<b>Cédula</b> 40047556	<b>Unidad</b> Farmacia
----------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Su Pp
26 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Su Pp
28 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Su Pp
29 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Su Pp
30 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Su Pp
30 10 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Su Pp
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Tatis Diaz Iustis Isabel</u>	Cédula <u>1702834710</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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 09 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	X		Iustis Tatis	
26 09 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Iustis Tatis	
28 09 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Iustis Tatis	
29 09 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Iustis Tatis	
30 09 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Iustis Tatis	
07 10 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Iustis Tatis	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Iustis Tatis Diaz Identificado (a) con CC: 1702834710, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Monserrath Guerrero Lopez Pataña</u>	Cédula <u>7048826095</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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Guerrero M	
26 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Guerrero M	
28 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Guerrero M	
29 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Guerrero M	
30 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Guerrero M	
07 10 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Guerrero M	
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: 01800019033  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Peña Narvaez Ana Silvia	<b>Cédula</b> C.C. 23783002	<b>Unidad</b> farmacia
-----------------------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
23 <sup>o</sup> 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Silvia Peña
28 <sup>o</sup> 09 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Silvia Peña
29 <sup>o</sup> 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Silvia Peña
30 <sup>o</sup> 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Silvia Peña
07 <sup>o</sup> 10 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Silvia Peña
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Grosso Hernandez Karen Leth	<b>Cédula</b> 1.118.588.585	<b>Unidad</b> Administrativo
---------------------------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
23 09 2020				-					-			Karen Grosso
24 09 2020				-								
25 09 20				-								
28 09 20				-								
28 09 20				-								
29 09 20				-								
30 09 20				-								
04 10 20				-								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Karen Leth Grosso Hernandez Identificado (a) con CC: 118568585, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> CARRERO SEPULVEDA DIAB YILLEN	<b>Cédula</b> 40048089	<b>Unidad</b> Administrativa
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
25 09 20				X								Diab Carrero
26 09 20				X								Diab Carrero
28 09 20				X					X			Diab Carrero
29 09 20				X								Diab Carrero
30 09 20				X								Diab Carrero
01 10 20				X								Diab Carrero
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diab Carrero Identificado (a) con CC: 40048089, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Rojas Camargo Maria Paula	<b>Cédula</b> 1049632802	<b>Unidad</b> Administrativa
-------------------------------------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
28 09 20				X					X			Maria Paul Rojas Camargo
29 09 20				X								Maria Paul Rojas Camargo
30 09 20				X								Maria Paul Rojas Camargo
01 10 20				X								Maria Paul Rojas Camargo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Maria Paul Rojas 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.





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Jenny Gabriela Herrera Martínez</u>	<u>105231070</u>	<u>Administrativa</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
25 09 20				X									
25 09 20				X									
28 09 20				X				X					
29 09 20				X									
30 09 20				X									
01 10 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jenny Gabriela Herrera Martínez Identificado (a) con CC: 105231070, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
25 09 20				X					X				
28 09 20				X									
29 09 20				X									
30 09 20				X									
01 10 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019033  
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Suárez Ruano Daniela	1002340134	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 09 20				X								<i>Daniela Suárez Ruano</i>
28 09 20				X					X			<i>Daniela Suárez Ruano</i>
29 09 20				X								<i>Daniela Suárez Ruano</i>
30 09 20				X								<i>Daniela Suárez Ruano</i>
01 09 20				X								<i>Daniela Suárez Ruano</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rodríguez Nimpique Claudia	1049642865	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 09 20				X						X		<i>claudia R</i>
26 09 20				X								<i>claudia R</i>
28 09 20				X						X		<i>claudia R</i>
29 09 20				X								<i>claudia R</i>
30 09 20				X								<i>claudia R</i>
04 10 20				X								<i>claudia R</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Claudia Rodríguez Identificado (a) con CC: 1049642865, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 01800019033  
 VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Barado Acuña Fabio Andrés	<b>Cédula</b> 1'056.930.698	<b>Unidad</b> Administrativo
-------------------------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 09 20				X					X			[Firma]
26 09 20				X					X			[Firma]
28 09 20				X					X			[Firma]
29 09 20				X					X			[Firma]
30 09 20				X					X			[Firma]
7 10 20				X					X			[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Fabio Andrés Barado Acuña Identificado (a) con CC: 1'056.930.698, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Vasquez Moreno Blanca N.	<b>Cédula</b> 23.810.177	<b>Unidad</b> 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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
4 09 20				X								[Firma]
5 09 20				X								[Firma]
7 09 20				X					X			[Firma]
8 09 20				X								[Firma]
10 09 20				X								[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Blanca Nubia Vasquez Identificado (a) con CC: 23.810.177, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Aponte Reyes Diana Carolina	<b>Cédula</b> 1049651662	<b>Unidad</b> Administrativo
---------------------------------------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólinas		
23 09 20				X					X			Diana Aponte
24 09 20				X								Diana Aponte
25 09 20				X								Diana Aponte
26 09 20				X								Diana Aponte
28 09 20				X					X			Diana Aponte
29 09 20				X								Diana Aponte
30 09 20				X								Diana Aponte
01 10 20				X								Diana Aponte
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Vasquez Nubia Blanca	<b>Cédula</b> 23.810.177	<b>Unidad</b> Consulta Externa
--------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólinas		
25 09 2020				X								
28 09 2020				X					X			
29 09 2020				X								
30 09 2020				X								
01 09 2020				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Blanca Nubia Vasquez Moreno Identificado (a) con CC: 23.810.177, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MAYORGA ROSAS DOULU	40044574	CONSULTA EXTERNA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
25 09 2020				X										Doulu Mayorgra Rosas
26 09 2020				X										Doulu Mayorgra Rosas
28 09 2020				X					X					Doulu Mayorgra Rosas
29 09 2020				X										Doulu Mayorgra Rosas
30 09 2020				X										Doulu Mayorgra Rosas
07 07 2020				X										Doulu Mayorgra Rosas
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Flora Azares Blanca P	1019616557	Central

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
25 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	Flora Azares
26 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	Flora Azares
28 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	Flora Azares
29 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	Flora Azares
30 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	Flora Azares
07 10 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	Flora Azares
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Blanca Azares Identificado (a) con CC: 1019616557, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 018000910303  
 Bogotá, D.C.

**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Torres Arcevedo Jairo</u>	Cédula <u>96378245</u>	Unidad <u>C. Externa</u>
---------------------------------------------------------------	---------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poinas		
20/09/20				X		X						
20/09/20	X			X		X		X				
20/09/20				X		X		X				
01/10/20	X			X		X		X				
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Jairo Torres Arcevedo Identificado (a) con CC: 96378245. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Lina Alejandra Pinzón Castiblanco</u>	Cédula <u>1049632618</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 NSE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poinas		
08/09/20	X				X				X		5 tapabocas	
17/09/20	X				X				X		6 tapabocas	
27/09/20	X				X				X		5 tapabocas	
28/09/20	X				X				X		6 tapabocas	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Tejedo Severo Angely Dorely	<b>Cédula</b> 24167247	<b>Unidad</b> Asistencial
---------------------------------------------------------------------	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27 09 2020	✓			✓								5 Guantes 5 Tapabocas.	Angely F
03 09 2020	✓			✓								1 Bata 4 Tapabocas	Angely F
03 09 2020	✓			✓								2 Guantes 2 Bata Tapabocas #2	Angely F
07 09 2020	✓			✓								5 Guantes 5 Tapabocas Gants	Angely F
14 09 2020	✓			✓								5 Guantes 5 Tapabocas 5 Bata	Angely F
21 09 2020	✓			✓								2 Guantes 6 Tapabocas 6 Bata	Angely F
28 09 2020	✓			✓								5 Guantes 5 Tapabocas 5 Bata	Angely F
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Oivaldo Gihonera Pineda	<b>Cédula</b> 912849699	<b>Unidad</b> Denton
-----------------------------------------------------------------	----------------------------	-------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 09 2020	5			5							5		
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, Oivaldo Gihonera Pineda Identificado (a) con CC: 912849699 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> RODRIGUEZ NANCY LENY	<b>Cédula</b> 79536444	<b>Unidad</b> Asistencial
--------------------------------------------------------------	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 07 2020	✓			5							1	Tapabocas H6	[Firma]
20 07 2020	✓			4							1	Tapabocas H4	[Firma]
27 07 2020	✓			5							1	Tapabocas H5	[Firma]
03 08 2020	✓			4							1	Tapabocas H4	[Firma]
10 08 2020	✓			5							4	Tapabocas H5	[Firma]
18 08 2020	✓			5							4		[Firma]
24 08 2020	✓			5							5		[Firma]
31 08 2020	✓			5							2	Tapabocas H6	[Firma]
07 09 2020	1			5									[Firma]
14 09 2020				5							5	Tapabocas H5	[Firma]
21 09 2020	3			5							5	Tapabocas H5	[Firma]
28 09 2020	3			6							6		[Firma]

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> HYNAN BUFRAGO	<b>Cédula</b> 24017772	<b>Unidad</b> Asistencial
-------------------------------------------------------	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
21 09 20	X			X							4	6 tapabocas - 1 gorra - 1 bata	[Firma]	
28 09 20	4			X							4	6 tapabocas - 1 gorra - 1 bata	[Firma]	
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, HYNAN BUFRAGO Identificado (a) con CC: 24017772, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800010302  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Zabala Mancipe Lina Isabel.	<b>Cédula</b> 46669839	<b>Unidad</b> Asistencial.
---------------------------------------------------------------------	---------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 08 20	X			X					X		1 Tapabocas - 1 bata - 1 gorro	J. Mancipe
03 08 20	X			X					X		4 Tapabocas - 1 bata - 1 gorro	J. Mancipe
10 08 20	X			X					X		5 Tapabocas 1 bata 1 gorro	J. Mancipe
18 08 20	X			X					X		1 cofia - 4 Tapabocas - 1 bata	J. Mancipe
24 08 20	X			X					X		1 Gorro - 5 Tapab - 1 bata	J. Mancipe
31 08 20	X			X					X		1 gorro - 1 cofia - 5 tapab	J. Mancipe
07 09 20	X			X					X		1 gorro - 1 cofia - 1 bata - 5 tap	J. Mancipe
14 09 20	X			X					X		1 gorro - 1 bata - 6 tapabocas	J. Mancipe
21 09 20	X			X					X		1 gorro - 1 bata - 6 tapab	J. Mancipe
28 09 20	X			X					X		1 gorro - 1 bata - 6 tapab	J. Mancipe
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Pira Guica Sonia Mabel	<b>Cédula</b> cc: 33365493	<b>Unidad</b> Asistencial.
----------------------------------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
27 09 20	X			X					X		4 tapabocas	J. Mancipe
05 08 20	X			X					X		4 tapabocas	J. Mancipe
10 08 20	X			X					X		5 tapabocas	J. Mancipe
18 08 20	X			X					X		4 tapabocas	J. Mancipe
24 08 20	X			X					X		5 tapabocas - Bata	J. Mancipe
31 08 20	X			X					X		6 tapabocas	J. Mancipe
07 09 20	X			X					X		5 tapabocas	J. Mancipe
14 09 20	X			X					X		5 tapabocas	J. Mancipe
28 09 20	X			X					X		6 tapabocas	J. Mancipe
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Triana Triana Hedy	46458143	Duitama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
07/09/20	X			X							X	5 Tapabocas	<i>Hedy Triana</i>
14/09/20				X							X	5 Tapabocas	<i>Hedy Triana</i>
21/09/20	X			X							X	6 Tapabocas	<i>Hedy Triana</i>
28/09/20	X			X							X	5 Tapabocas	<i>Hedy Triana</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, Hedy Triana Triana Identificado (a) con CC: 46458143, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
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	Caretas 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	5 tapabocas	<i>Diana Sofía</i>
24/07/20	X			X							X	5 tapabocas	<i>Diana Sofía</i>
27/07/20	X			X							X	5 tapabocas, 3 Polainas	<i>Diana Sofía</i>
03/08/20	X			X							X	5 tapabocas, 2 Polainas	<i>Diana Sofía</i>
10/08/20	X			X							X	5 cofia + tapabocas,	<i>Diana Sofía</i>
20/08/20	X			X							X	5 + tapabocas, 2 Polainas	<i>Diana Sofía</i>
24/08/20	X			X							X	5 tapabocas, 2 polainas	<i>Diana Sofía</i>
31/08/20	X			X							X	6 tapabocas, 2 polainas	<i>Diana Sofía</i>
07/09/20	X			X							X	5 tapabocas, 2 polainas	<i>Diana Sofía</i>
14/09/20	X			X							X	5 tapabocas, 3 polainas	<i>Diana Sofía</i>
24/09/20	X			X							X	5 tapabocas, 2 polainas	<i>Diana Sofía</i>
28/09/20	X			X							X	6 tapabocas, 2 polainas	<i>Diana Sofía</i>

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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910303  
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Arendoña Fagua Gloria Isabel	3049.628.122	Asistencia 1

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 09 2019	X			X							X	5 tapabocas	<i>[Firma]</i>
03 09 2019	X			X							X	6 tapabocas	<i>[Firma]</i>
10 09 2019	X			X							X	6 tapabocas	<i>[Firma]</i>
29 09 2019	X			X							X	5 tapabocas	<i>[Firma]</i>
28 09 2019	X			X							X	6 tapabocas	<i>[Firma]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gloria Isabel Arendoña Fagua Identificado (a) con CC: 3049.628.122, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NANCY MORILLON	23323980	BUCARANA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	✓			✓							✓	5 de c/u	<i>[Firma]</i>
30 08 20	✓			✓							✓	5 de c/u	<i>[Firma]</i>
10 08 20	✓			✓							✓	5 de c/u	<i>[Firma]</i>
18 08 20	✓			✓							✓	5 de c/u	<i>[Firma]</i>
01 09 20	✓			✓							✓	5 de c/u	<i>[Firma]</i>
07 09 20	✓			✓							✓	5 de c/u	<i>[Firma]</i>
10 09 20	✓			✓							✓	6 de c/u	<i>[Firma]</i>
24 09 20	✓			✓							✓	5 de c/u	<i>[Firma]</i>
28 09 20	✓			✓							✓	6 de c/u	<i>[Firma]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Lina M. Arague</u>	Cédula <u>46672428</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			
14 9 20	X			X							X	6 Tapabocas	Lina
21 9 20	X			X							X	5 Tapabocas	Lina
28 9 20	X			X							X	6 Tapabocas	Lina
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>CELINDO NEILA OJANA</u>	Cédula <u>1052608206</u>	Unidad <u>WERSALUD OJITAMA</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			
10 08 20	X			X							X	6 Tapabocas IGUA IGUA	OJANA C.
21 08 20	X			X							X	5 Tapabocas IGUA IGUA	OJANA C.
20 08 20	X			X							X	6 Tapabocas IGUA IGUA	OJANA C.
19 08 20	X			X							X	5 Tapabocas IGUA IGUA	OJANA C.
20 08 20	X			X							X	6 Tapabocas IGUA IGUA	OJANA C.
20 08 20	X			X							X	5 Tapabocas IGUA IGUA	OJANA C.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, CELINDO NEILA OJANA Identificado (a) con CC: 1052608206, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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**



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Acero Maldonado Diana Patricia</u>	Cédula <u>46456247</u>	Unidad <u>Difama</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, estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceifa	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
27 09 20	X			X							1 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
28 09 20				X							1 bata 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												
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.

### 4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Soğamoso

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Ana Rosa Romero Lopez</u>	Cédula <u>46366015</u>	Unidad <u>Soğamoso</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, estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceifa	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 09 20	-			X					X		EPP 1 Tapabocas 1 Bata	Ana Romero
26 09 20	-			X					X		EPP 1 Tapabocas 1 Bata	Ana Romero
28 09 20	-			X					X		EPP 1 Tapabocas 1 Bata 1 Botas	Ana Romero
29 09 20	-			X					X		EPP 1 Tapabocas 1 Bata	Ana Romero
30 09 20	-			X					X		EPP 1 Tapabocas 1 Bata	Ana Romero
01 10 20	-			X					X		EPP 1 Tapabocas 1 Bata	Ana Romero
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Cely Pérez Segio Ricardo	<b>Cédula</b> 74083496	<b>Unidad</b> Sagamoso
------------------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
24 09 20	X			X							EPP	Segio Cely
25 09 20	X			X							EPP	Segio Cely
26 09 20				X							EPP	Segio Cely
28 09 20	X			X					X		EPP	Segio Cely
29 09 20	X			X							EPP	Segio Cely
30 09 20	X			X							EPP	Segio Cely
01 10 20				X							EPP	Segio Cely
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Cecilia Lopez Carr	<b>Cédula</b> 9830770	<b>Unidad</b> Sagamoso
------------------------------------------------------------	--------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
25 09 20	X			X							EPP	Cecilia Lopez Carr
28 09 20	X			X							EPP	Cecilia Lopez Carr
29 09 20	X			X							EPP	Cecilia Lopez Carr
30 09 20	X			X							EPP	Cecilia Lopez Carr
01 10 20	X			X							EPP	Cecilia Lopez Carr
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Cecilia Lopez Carr Identificado (a) con CC: 9830770, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Narrosa Leonardo Cleonides</i>	Cédula <i>6603666</i>	Unidad <i>Ceasta</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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26/09/20												EPP	<i>[Signature]</i>
26/09/20											EPP		
28/09/20											EPP		
29/09/20											EPP		
30/09/20											EPP		
01/10/20													
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

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

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sebastian Rivero Guisner</i>	Cédula <i>1049614089</i>	Unidad <i>Loganolo</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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30/09/20	x			x							EPP	<i>[Signature]</i>	
01/10/20	x			x							EPP		
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Deagun Calencw Chala</u>	<b>Cédula</b> <u>CC</u>	<b>Unidad</b> <u>32775986 - Sopam</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	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
24/09/20	X			X										
25/09/20	X			X										
26/09/20	X			X										
28/09/20	X			X										
29/09/20	X			X										
30/09/20	X			X										
01/10/20	X			X								Mascara M500		
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>QUINTERO T. MILCEN A. QUICHA</u>	<b>Cédula</b> <u>46455020</u>	<b>Unidad</b> <u>JERSALUD SOBAMOS C.</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	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
25/09/2020	X			X										
26/09/2020	X			X										
30/09/2020	X			X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Caceres Nustza Carmen E	<b>Cédula</b> 50916658	<b>Unidad</b> BOGAMOZO
-----------------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogamia de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 09 20	X			X							EPP	Carmen Caceres
17 09 20	X			X							EPP	Carmen Caceres
19 09 20	X			X							EPP	Carmen Caceres
21 09 20	X			X					X		EPP	Carmen Caceres
22 09 20	X			X							EPP	Carmen Caceres
23 09 20	X			X							EPP	Carmen Caceres
24 09 20	X			X							EPP	Carmen Caceres
25 09 20	X			X							EPP	Carmen Caceres
26 09 20	X			X							EPP	Carmen Caceres
28 09 20	X			X							EPP	Carmen Caceres
29 09 20	X			X					X		EPP	Carmen Caceres
30 09 20	X			X							EPP	Carmen Caceres

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sebastian Gier Guterres	<b>Cédula</b> 109964088	<b>Unidad</b>
-----------------------------------------------------------------	----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogamia de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 09 20	X			X							EPP	[Firma]
14 09 20	X			X							EPP	[Firma]
15 09 20	X			X							EPP	[Firma]
16 09 20	X			X							EPP	[Firma]
17 09 20	X			X							EPP	[Firma]
18 09 20	X			X							EPP	[Firma]
19 09 20	X			X							EPP	[Firma]
24 09 20	X			X							EPP	[Firma]
24 09 20	X			X							EPP	[Firma]
25 09 20	X			X							EPP	[Firma]
28 09 20	X			X							EPP	[Firma]
29 09 20	X			X							EPP	[Firma]

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

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



<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>		F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1
Apellidos y Nombres Completos <u>Olida de aguas</u>		Unidad <u>Jagamoso</u>
Cédula <u>32 775986</u>		

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
08/08/20				X									
10/08/20	X			X					X			EPP -5	[Firma]
18/08/20	X			X					X			EPP -5	[Firma]
2/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]
13/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]
22/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]
07/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]
10/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]
12/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]
21/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]
22/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]
23/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]

Yo, Olida de aguas Identificado (a) con CC: 32 775986 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>		F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1
Apellidos y Nombres Completos <u>Leidi Ruth Gaitán</u>		Unidad <u>Jagamoso</u>
Cédula <u>10892151</u>		

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23/09/20	X			X								EPP	[Firma]
24/09/20	X			X								EPP	[Firma]
25/09/20	X			X								EPP	[Firma]
26/09/20	X			X								EPP	[Firma]
28/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]
29/09/20	X			X								EPP	[Firma]
30/09/20	X			X								EPP	[Firma]
01/10/20	X			X								EPP	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> HERNANDEZ HERNANDEZ DESY CAROLINA	<b>Cédula</b> 1.049631798	<b>Unidad</b> Cext
---------------------------------------------------------------------------	------------------------------	-----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
23 09 20				X					X			[Firma]
24 09 20				X					X			[Firma]
25 09 20				X					X			[Firma]
28 09 20				X					X			[Firma]
29 09 20				X					X			[Firma]
30 09 20				X					X			[Firma]
01 10 20				X					X			[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Carolina Hernández Hernández Identificado (a) con CC: 1.049631798, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Malaver Avardero Sandra	<b>Cédula</b> 466672526	<b>Unidad</b> Sagamoso
-----------------------------------------------------------------	----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 09 20	X			X							Elementos EPP	[Firma]
25 09 20	X			X							Elementos EPP	[Firma]
28 09 20	X			X					X		Elementos EPP	[Firma]
29 09 20	X			X							Elementos EPP	[Firma]
30 09 20	X			X							Elementos EPP	[Firma]
01 10 20	X			X							Elementos EPP	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Sandra Betiz Malaver Identificado (a) con CC: 466672526, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0800910303  
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Dora Montañez</u>	Cédula <u>1057579161</u>	Unidad <u>Jócamaso</u>
-------------------------------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
23 9 20	X				X						EPP	
24 9 20	X				X						EPP	
25 9 20	X				X						EPP	
26 9 20	X				X						EPP	
28 9 20	X				X					X	EPP	
29 9 20	X				X					X	EPP	
30 9 20	X				X						EPP	
01 10 20	X				X						EPP	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diana Dora Montañez Identificado (a) con CC: 1057579161, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Daisy Vargas Barrera</u>	Cédula <u>1057585417</u>	Unidad <u>Jócamaso</u>
--------------------------------------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
9 9 20	X			X					X		EPP	
10 9 20	X			X					X		EPP	
11 9 20	X			X					X		EPP	
14 09 20	X			X					X		EPP	
15 09 20	X			X					X		EPP	
16 09 20	X			X					X		EPP	
17 09 20	X			X					X		EPP	
18 09 20	X			X					X		EPP	
19 09 20	X			X					X		EPP	
21 09 20	X			X					X		EPP	
30 09 20	X			X					X		EPP	
1 10 20	X			X					X		EPP	

Yo, Daisy Vargas Identificado (a) con CC: 1057585417, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303



4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	<b>Cédula</b> 1002.526.470	<b>Unidad</b> Consulta Externa-Chiquinquirá
---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	------------------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 09 20				X								Jennifer Ballén
18 09 20				X								Jennifer Ballén
21 09 20	X			X					X			Jennifer Ballén
22 09 20				X								Jennifer Ballén
23 09 20				X								Jennifer Ballén
24 09 20				X								Jennifer Ballén
25 09 20				X								Jennifer Ballén
28 09 20				X								Jennifer Ballén
28 09 20	X			X					X			Jennifer Ballén
29 09 20				X								Jennifer Ballén
30 09 20				X								Jennifer Ballén
01 10 20				X								Jennifer Ballén

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	<b>Cédula</b> 1053338976	<b>Unidad</b> Chiquinquirá
-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 09 2020				X								J-B
17 09 2020				X								J-B
18 09 2020				X								J-B
21 09 2020				X					X			J-B
22 09 2020				X								J-B
23 09 2020	X			X					X			J-B
24 09 2020				X								J-B
25 09 2020				X								J-B
26 09 2020				X								J-B
28 09 2020	X			X					X			J-B
29 09 2020				X								J-B
30 09 2020				X								J-B

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
-----------------------------------------------------------------------	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 09 2020				X									J-3
02 09 2020	X			X									J-3
03 09 2020				X									J-3
04 09 2020				X									J-3
07 09 2020				X									J-3
08 09 2020				X									J-3
09 09 2020				X									J-3
10 09 2020				X									J-3
11 09 2020				X									J-3
12 09 2020				X									J-3
14 09 2020	X			X							X		J-3
15 09 2020				X									J-3

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
----------------------------------------------------------------------	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 09 20				X									Erika Saucedo
17 09 20				X									Erika Saucedo
18 09 20				X									Erika Saucedo
21 09 20	X			X						X			Erika Saucedo
22 09 20				X									Erika Saucedo
23 09 20				X									Erika Saucedo
24 09 20				X									Erika Saucedo
25 09 20				X									Erika Saucedo
28 09 20	X			X						X			Erika Saucedo
29 09 20	X			X									Erika Saucedo
30 09 20	X			X									Erika Saucedo
01 10 20	X			X									Erika Saucedo

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
----------------------------------------------------------------------	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 09 2020				X									Erika Saucedo
02 09 2020				X									Erika Saucedo
03 09 2020				X									Erika Saucedo
04 09 2020				X									Erika Saucedo
05 09 2020				X									Erika Saucedo
07 09 2020	X			X					X				Erika Saucedo
08 09 2020				X									Erika Saucedo
09 09 2020				X									Erika Saucedo
10 09 2020				X									Erika Saucedo
14 09 20	X			X					X				Erika Saucedo
14 09 20				X									Erika Saucedo
15 09 20				X									Erika Saucedo

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
-------------------------------------------------------------------------	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 09 20				X									Ingrith
02 09 20				X									Ingrith
03 09 20				X									Ingrith
04 09 20				X									Ingrith
05 09 20				X									Ingrith
07 09 20	X			X					X				Ingrith
08 09 20				X									Ingrith
09 09 20				X									Ingrith
10 09 20				X									Ingrith
11 09 20				X									Ingrith
13 09 20	X			X					X				Ingrith
15 09 20				X									Ingrith

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 Corrala Nacional: 018000910332



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> SAMIRA LUCERO CASTELLANOS	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
-------------------------------------------------------------------	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 09 20				X								SAMIRA C
17 09 20				X								SAMIRA C
18 09 20				X								SAMIRA C
19 09 20				X								SAMIRA C
21 09 20	X			X						X		SAMIRA C
22 09 20				X								SAMIRA C
23 09 20				X								SAMIRA C
24 09 20				X								SAMIRA C
25 09 20				X								SAMIRA C
26 09 20				X								SAMIRA C
28 09 20	X			X						X		SAMIRA C
29 09 20				X								SAMIRA C

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	<b>Cédula</b> 4053348812	<b>Unidad</b>
---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 09 2020				X								Melissa C
18 09 2020				X								Melissa C
19 09 2020				X								Melissa C
24 09 2020	X			X					X			Melissa C
22 09 2020				X								Melissa C
23 09 2020				X								Melissa C
24 09 2020				X								Melissa C
25 09 2020				X								Melissa C
28 09 2020	X			X					X			Melissa C
29 09 2020				X								Melissa C
30 09 2020				X								Melissa C
09 10 2020				X								Melissa C

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	<b>Cédula</b> 1053248179	<b>Unidad</b> Chiquinquirá
------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafá de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas				
16 09 20	X			X										Juliana Suarez
17 09 20				X										Juliana Suarez
18 09 20				X										Juliana Suarez
19 09 20				X										Juliana Suarez
21 09 20	X			X										Juliana Suarez
22 09 20				X										Juliana Suarez
23 09 20				X										Juliana Suarez
24 09 20	X			X					X					Juliana Suarez
25 09 20				X										Juliana Suarez
28 09 20				X										Juliana Suarez
29 09 20				X										Juliana Suarez
30 09 20				X										Juliana Suarez

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	<b>Cédula</b> 1073380836	<b>Unidad</b> Chiquinquirá
------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafá de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas				
16 09 20				X										Luz B
17 09 20				X										Luz B
18 09 20				X										Luz B
21 09 20	X			X					X					Luz B
22 09 20				X										Luz B
23 09 20				X										Luz B
24 09 20				X										Luz B
25 09 20				X										Luz B
26 09 20				X										Luz B
28 09 20				X										Luz B
29 09 20				X										Luz B
30 09 20				X										Luz B

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	1053340626	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 09 20				X									Shirley
17 09 20				X									Shirley
18 09 20				X									Shirley
21 09 20	X			X						X			Shirley
22 09 20				X									Shirley
23 09 20				X									Shirley
24 09 20				X									Shirley
25 09 20				X									Shirley
26 09 20				X									Shirley
28 09 20	X			X						X			Shirley
29 09 20				X									Shirley
30 09 20				X									Shirley

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

#### 4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Carcedo Anita Fanny Pailey	33676330	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 9 20	X		X	X		X			X	X			Fanny
28 9 20	X		X	X		X			X	X			Fanny
28 9 20	X		X	X		X			X	X			Fanny
30 9 20	X		X	X		X			X	X			Fanny
01 10 20	X		X	X		X			X	X			Fanny
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Castillo Morales Jeady Andrea</u>	<u>1048846141</u>	<u>Gerencia</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 09 2020	X			X									Jeady Castillo
28 09 2020	X			X									Jeady Castillo
29 09 2020	X			X									Jeady Castillo
30 09 2020	X			X									Jeady Castillo
01 10 2020	X			X									Jeady Castillo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jeady Andrea Castillo Identificado (a) con CC: 1048846141. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Camelo Sanchez Mary</u>	<u>33676746</u>	<u>Gerencia</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 09 2020	X			X					X				Mary Camelo
28 09 2020	X			X					X				Mary Camelo
29 09 2020	X			X					X				Mary Camelo
30 09 2020	X			X					X				Mary Camelo
01 10 2020	X			X					X				Mary Camelo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Mary Camelo Sanchez 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 Corrala Nacional: 01800019383  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Armando J. Dominguez Martinez</i>	<i>531407</i>	<i>Garagoc</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	Pólinas		
28 09 20		X	X	X	X	X			X			<i>[Signature]</i>
29 09 20		X	X	X	X	X			X			
30 09 20		X	X	X	X	X			X			
01 10 20		X	X	X	X	X			X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Geniva Doris Diana Pacio</i>	<i>102052786</i>	<i>Garagoc</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	Pólinas		
25 09 20	X	X	X	X	X	X		X	X	X		<i>[Signature]</i>
28 09 20	X	X	X	X	X	X		X	X	X		
29 09 20	X	X	X	X	X	X		X	X	X		
30 09 20	X	X	X	X	X	X		X	X	X		
01 10 20	X	X	X	X	X	X		X	X	X		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



4.1.6 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Yanibe Velasquez	<b>Cédula</b> 1049795603	<b>Unidad</b> 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	Pelotas			
25 09 20	X			X					X				Yanibe
28 09 20	X			X					X				Yanibe
28 09 20	X			X					X				Yanibe
29 09 20	X			X					X				Yanibe
30 09 20	X			X					X				Yanibe
1 10 20	X			X					X				Yanibe
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> PUPU MORENO MEUSSA	<b>Cédula</b> 1045725343	<b>Unidad</b> Asistencia
------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
25 09 20			X	X		X			X				Pupu
28 09 20			X	X		X			X				Pupu
29 09 20			X	X		X			X				Pupu
30 09 20			X	X		X			X				Pupu
1 10 20			X	X		X			X				Pupu
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Melissa Pupu 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 formación de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Daniela Castro	10990912	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	Polleras			
25/09/20	X	X	X	X		X							Daniela C
26/09/20	X	X	X	X		X							Daniela C
29/09/20	X	X	X	X		X							Daniela C
30/09/20	X	X	X	X		X							Daniela C
01/10/20	X	X	X	X		X							Daniela C
02/10/20													
03/10/20													
04/10/20													
05/10/20													
06/10/20													
07/10/20													
08/10/20													
09/10/20													
10/10/20													

Yo, Daniela Castro Identificado (a) con CC: 10990912, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Yuly Muñoz	104188502	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	Polleras			
25/09/20	X			X					X				Yuly M
26/09/20	X			X					X				Yuly M
28/09/20	X			X					X				Yuly M
29/09/20	X			X					X				Yuly M
30/09/20	X			X					X				Yuly M
01/10/20	X			X					X				Yuly M
02/10/20													
03/10/20													
04/10/20													
05/10/20													
06/10/20													
07/10/20													
08/10/20													
09/10/20													
10/10/20													

Yo, Yuly Muñoz Romera Identificado (a) con CC: 104188502, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	<b>Cédula</b> 63362434	<b>Unidad</b> MONIQUIRA
--------------------------------------------------------------------	---------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Carpa desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 09 20				X					X			
29 09 20				X								
30 09 20				X								
01 10 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Marcela S. 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.**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> BLANCO ARENAS IVONNE ANDREA	<b>Cédula</b> 63529281	<b>Unidad</b> MONIQUIRA
---------------------------------------------------------------------	---------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Carpa desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 09 20				X					X			
29 09 20				X								
30 09 20				X								
1 10 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b> GARCIA ARIAS DEISY JANETH	<b>Cédula</b> 53081059	<b>Unidad</b> 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	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
28 09 20				X						X		Deisy Garcia
29 09 20				X								Deisy Garcia
30 09 20				X								Deisy Garcia
01 10 20				X								Deisy Garcia
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b> SAENZ RUIZ LEIDY YASMITH	<b>Cédula</b> 1054682570	<b>Unidad</b> 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	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
30 09 20				X						X		Leidy Saenz
01 10 20				X								Leidy Saenz
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303





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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b> LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	<b>Cédula</b> 51990459	<b>Unidad</b> MONIQUIRA
------------------------------------------------------------------	---------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 09 20				X								
29 09 20				X								
30 09 20				X								
01 10 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, Luz Mendy Ortega Menjura Identificado (a) con CC: 51990459, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

#### 4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 9 2020					1	1	3					
26 9 2020					1		1					
28 9 2020	1				1		6		1			
29 9 2020					1		5					
30 9 2020					1		5					
1 10 2020					1		5					
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Maria Paula Campos Buitrago Identificado (a) con CC: 1.140.868.607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

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

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25	9	2020				1							Milder Martinez
26	9	2020	1			1				1			Milder Martinez
28	9	2020				1							Milder Martinez
29	9	2020				1							Milder Martinez
30	9	2020				1							Milder Martinez
1	10	2020				1							Milder Martinez
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

Yo, Milder Astrid Martinez Combita Identificado (a) con CC: 23522660, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25	9	2020				1							Alix Margarita Acevedo Salazar
26	9	2020	1			1				1			Alix Margarita Acevedo Salazar
28	9	2020				1							Alix Margarita Acevedo Salazar
29	9	2020				1							Alix Margarita Acevedo Salazar
30	9	2020				1							Alix Margarita Acevedo Salazar
1	10	2020				1							Alix Margarita Acevedo Salazar
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 0800091033  
VIGILADO



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>		F(GTH)033
			Versión: 3
			ago-19
			1 de 1
<b>Apellidos v Nombres Completos</b>		<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<b>DEISY LILIANA ESTEVES</b>		<b>1052020668</b>	<b>JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ</b>

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas							
25	9	2020				1										
28	9	2020	1			1										
29	9	2020				1								N 95 Para uso exclusivo para atención de pacientes en consulta de manera presencial		
30	9	2020				1										
1	10	2020				1										
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														

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

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>		F(GTH)033
			Versión: 3
			ago-19
			1 de 1
<b>Apellidos v Nombres Completos</b>		<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<b>FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO</b>		<b>23452508</b>	<b>JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ</b>

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas							
25	9	2020				1										
28	9	2020	1			1				6						
29	9	2020				1	1			2				N95 Para uso exclusivo de toma de muestras de laboratorio		
30	9	2020				1				7						
1	10	2020				1				2						
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Corrala Nacional: 01800010333  
VIGILADO



3.2 Evidencia entrega de elementos de protección personal Regional Meta

3.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio

		<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1			
Apellidos y Nombres Completos												Cédula		Unidad	
Luis Acosta, Antony Gutierrez, Wilson Gutierrez														Asistencial	
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 688 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.															
Elementos De Protección Personal															
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma			
26 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	[Firma]			
17 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	[Firma]			
18 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	[Firma]			
19 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Luis Acosta	[Firma]			
21 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Gutierrez	[Firma]			
22 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Gutierrez	[Firma]			
23 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	[Firma]			
24 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	[Firma]			
25 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Luis Acosta	[Firma]			
26 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Luis Acosta	[Firma]			
28 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Gutierrez	[Firma]			
28 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	[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.

		<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1			
Apellidos y Nombres Completos												Cédula		Unidad	
Antony Gutierrez, Luis Acosta y Wilson G														Asistencial - Guardas	
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 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															
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma			
30 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	[Firma]			
01 10 20															
02 10 20															
03 10 20															
04 10 20															
05 10 20															
06 10 20															
07 10 20															
08 10 20															
09 10 20															
10 10 20															
11 10 20															
12 10 20															

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Angie Carreño	1007449166	RAMIA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tarabocacos desechables	Tarabocacos NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 09 20	X			X									Angie Daniela Carreño
18 09 20				X									Angie Daniela Carreño
21 09 20				X									Angie Daniela Carreño
22 09 20				X									Angie Daniela Carreño
23 09 20				X									Angie Daniela Carreño
24 09 20				X									Angie Daniela Carreño
25 09 20				X									Angie Daniela Carreño
28 09 20				X									Angie Daniela Carreño
29 09 20				X									Angie Daniela Carreño
30 09 20				X									Angie Daniela Carreño

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Angie Machado	1121930795	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	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tarabocacos desechables	Tarabocacos NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 09 20				X								Guato desechable	
17 09 20	X			X									
18 09 20	X			X									
19 09 20				X									
21 09 20				X									
22 09 20				X									
23 09 20				X									
24 09 20				X									
25 09 20				X									
26 09 20				X									
28 09 20				X									
29 09 20				X									

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Angie Machado	1121930745	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	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 09 19				X								
01 10 19												
02 10 19												
03 10 19												
04 10 19												
05 10 19												
06 10 19												
07 10 19												
08 10 19												
09 10 19												
10 10 19												
11 10 19												
12 10 19												
13 10 19												
14 10 19												
15 10 19												
16 10 19												
17 10 19												
18 10 19												
19 10 19												

Yo, Angie Jureidy Machado identificado (a) con CC: 1121930745, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Wilder Novoa	1121872800	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	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 09 20				X								Como desechable	
17 09 20	X			X									
18 09 20	X			X									
19 09 20				X									
21 09 20				X									
22 09 20				X									
23 09 20				X									
24 09 20				X									
25 09 20				X									
26 09 20				X									
28 09 20				X									
29 09 20				X									

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Wilder Novoa	1121872800	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 09 20				X									
01 10 20													
02 10 20													
03 10 20													
04 10 20													
05 10 20													
06 10 20													
07 10 20													
08 10 20													
09 10 20													
10 10 20													
11 10 20													
12 10 20													
13 10 20													
14 10 20													
15 10 20													
16 10 20													
17 10 20													
18 10 20													
19 10 20													
20 10 20													
21 10 20													
22 10 20													
23 10 20													
24 10 20													
25 10 20													
26 10 20													
27 10 20													
28 10 20													
29 10 20													
30 10 20													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gabriel Babilonia	1063154205	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
06 09 20	X			X								Gorro desechable	
17 09 20	X			X									
18 09 20	X			X									
19 09 20				X									
21 09 20				X									
22 09 20				X									
23 09 20				X									
24 09 20	X			X									
25 09 20	X			X									
26 09 20	X			X									
28 09 20	X			X									
29 09 20	X			X									

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Gabriel Pablonia	1063124205	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	
	Cable	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 09 20				X									
01 10 20													
02 10 20													
03 10 20													
04 10 20													
05 10 20													
06 10 20													
07 10 20													
08 10 20													
09 10 20													
10 10 20													
11 10 20													
12 10 20													
13 10 20													
14 10 20													
15 10 20													
16 10 20													
17 10 20													
18 10 20													
19 10 20													
20 10 20													
21 10 20													
22 10 20													
23 10 20													
24 10 20													
25 10 20													
26 10 20													
27 10 20													
28 10 20													
29 10 20													
30 10 20													

Yo, Gabriel Pablonia identificado (a) con CC: 1063124205, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Ruby Ruiz	23 623 995	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
	Cable	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 09 20				X							Gorro desechable.	
17 09 20	X			X								
21 09 20				X								
22 09 20				X								
23 09 20				X								
24 09 20				X								
25 09 20				X								
26 09 20				X								
28 09 20				X								
29 09 20				X								
30 09 20				X								

Yo, Ruby Ruiz identificado (a) con CC: 23 623 995, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Vanessa Parada</u>	<b>Cédula</b> <u>1010066853</u>	<b>Unidad</b> <u>Asistencial</u>
---------------------------------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polinias		
16 09 20				X							60110 desechable	<u>Vanessa P.</u>
17 09 20	X			X								<u>Vanessa P.</u>
18 09 20	X			X								<u>Vanessa P.</u>
19 09 20				X								<u>Vanessa P.</u>
21 09 20				X								<u>Vanessa P.</u>
22 09 20				X								<u>Vanessa P.</u>
23 09 20				X								<u>Vanessa P.</u>
24 09 20				X								<u>Vanessa P.</u>
25 09 20				X								<u>Vanessa P.</u>
26 09 20				X								<u>Vanessa P.</u>
28 09 20				X								<u>Vanessa P.</u>
29 09 20				X								<u>Vanessa P.</u>

Yo, Claudia VANESSA Parada Identificado (a) con CC: 1010066853 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Vanessa Parada</u>	<b>Cédula</b> <u>1010066853</u>	<b>Unidad</b> <u>Asistencial</u>
---------------------------------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polinias		
30 09 20				X								<u>Vanessa P.</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												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Vanessa Parada Suarez Identificado (a) con CC: 1010066853 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Control Nacional: 018000910303  
VIGILADO

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Ingrid Johana Cordero	1093755032	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 09 20				X								Johana Cordero
22 09 20				X								Johana Cordero
23 09 20				X								Johana Cordero
24 09 20				X								Johana Cordero
25 09 20					X							Johana Cordero
26 09 20				X								Johana Cordero
28 09 20				X								Johana Cordero
29 09 20				X								Johana Cordero
30 09 20				X								Johana Cordero

Yo, Ingrid Johana Cordero, identificado (a) con CC: 1093755032, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Cordina Barbosa		Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 09 20				X								Andrea Barbosa
19 09 20				X								Andrea Barbosa
21 09 20				X								Andrea Barbosa
22 09 20				X								Andrea Barbosa
23 09 20				X								Andrea Barbosa
24 09 20				X								Andrea Barbosa
25 09 20				X								Andrea Barbosa
26 09 20				X								Andrea Barbosa
28 09 20				X								Andrea Barbosa
29 09 20				X								Andrea Barbosa
30 09 20				X								Andrea Barbosa

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Erika Hernandez	1121876678	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 Rec. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceifa	Monopala de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 09 20				X								Gorro desechable.	Erika
16 09 20				X									Erika
17 09 20	X			X									Erika
18 09 20				X									Erika
19 09 20				X									Erika
21 09 20				X									Erika
22 09 20				X									Erika
23 09 20				X									Erika
24 09 20				X									Erika
25 09 20				X									Erika
28 09 20				X								Erika	
29 09 20				X								Erika	

Yo, Erika Eugenia Hernandez identificado (a) con CC: 1121876678, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Erika Hernandez	1121876618	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceifa	Monopala de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 09 20				X									Erika
01 10 20													
02 10 20													
03 10 20													
04 10 20													
05 10 20													
06 10 20													
07 10 20													
08 10 20													
09 10 20													
10 10 20													

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Edgardo Garcia	86056869	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	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
22 09 20				X									
23 09 20				X									
24 09 20				X									
25 09 20				X									
26 09 20				X									
28 09 20				X									
29 09 20				X									
30 09 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Edgardo Andrés García Pomas Identificado (a) con CC: 86056869 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Xiomara Olaya	1121860890	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	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 09 20				X									
26 09 20				X									
17 09 20	X			X									
18 09 20				X									
19 09 20				X									
21 09 20				X									
22 09 20				X									
23 09 20				X									
24 09 20				X									
25 09 20				X									
26 09 20				X									
28 09 20				X									

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Control Nacional: 018000910303



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Xiomara Olaga	1-121.860.890	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	Monogafas de seguridad	Carota desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
29 09 20				X										
30 09 20				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Xiomara Olaga MORA identificado (a) con CC: 121.860.890 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Olga Linares	40389814	Admin

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafas de seguridad	Carota desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 09 20				X									
18 09 20				X									
19 09 20				X									
21 09 20				X									
22 09 20				X									
23 09 20				X									
24 09 20				X									
25 09 20				X									
28 09 20				X									
29 09 20				X									
30 09 20				X									

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sandra Penaloza		Admón

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafe de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunas de látex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
28 09 20				X								
29 09 20				X								
30 09 20				X								
01 10 20												
02 10 20												
03 10 20												
04 10 20												
05 10 20												
06 10 20												
07 10 20												
08 10 20												
09 10 20												
10 10 20												

Yo, Sandra Penaloza Identificado (a) con CC: 101853253, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Miguel Prieto	1121853253	Admón

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafe de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunas de látex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
1 09 20				X								
4 09 20				X								
8 09 20				X								
10 09 20				X								
14 09 20				X								
15 09 20				X								
16 09 20				X								
18 09 20				X								
19 09 20				X								
25 09 20				X								
28 09 20				X								
29 09 20				X								

Yo, Miguel Ángel Prieto Identificado (a) con CC: 1121853253, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Gestión Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Miguel Reina	<b>Cédula</b> 1121853253	<b>Unidad</b> Admin
------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------

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

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

Yo, Miguel Angel Reina Identificado (a) con CC: 1121853253, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Karen Melo	<b>Cédula</b> 1121926625	<b>Unidad</b> Admin
----------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 09 20				X									
18 09 20				X									
24 09 20				X									
25 09 20				X									
27 09 20				X									
29 09 20				X									
30 09 20				X									

Yo, Karen Emilia Melo Identificado (a) con CC: 1121926625, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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**

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Marcela Acuña	121.950.663	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	09	10				X								Marcela Acuña
2	09	20	X			X								Marcela Acuña
7	09	26				X								Marcela Acuña
7	09	26				X								Marcela Acuña
23	09	20				X								Marcela Acuña
24	09	20				X								Marcela Acuña
25	09	20				X								Marcela Acuña
29	09	26				X								Marcela Acuña
30	09	20				X								Marcela Acuña

Yo, Marcela Acuña Identificado (a) con CC: 121.950.663, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Paola Galindo	1121859254	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	09	26				X								Paola Galindo
7	09	20				X								Paola Galindo
24	09	26				X								Paola Galindo
25	09	20				X								Paola Galindo
28	09	20				X								Paola Galindo
29	09	26				X								Paola Galindo
30	09	20				X								Paola Galindo

Yo, Paola Andrea Galindo Identificado (a) con CC: 1121859254, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
García Pinto	1006829165	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 09 20				X									[Firma]
15 09 20				X									[Firma]
16 09 20				X									[Firma]
17 09 20				X									[Firma]
20 09 20				X									[Firma]
24 09 20				X									[Firma]
25 09 20				X									[Firma]
28 09 20				X									[Firma]
29 09 20				X									[Firma]

Yo, García Pinto Identificado (a) con CC: 1006829165, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Avia Lombro	1-120.504.110	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	
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
2 09 20				X									[Firma]
9 09 20				X									[Firma]
12 09 20				X									[Firma]
16 09 20				X									[Firma]
22 09 20				X									[Firma]
23 09 20				X									[Firma]
26 09 20				X									[Firma]
30 09 20				X									[Firma]

Yo, Avia Cristina Lombro Identificado (a) con CC: 1-120.504.110, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> MARIA BONILLA	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> ADMIN
-------------------------------------------------------	---------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopafa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
4 09 20				X										
21 09 20				X										
23 09 20				X										
28 09 20				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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Duvan Villegas	<b>Cédula</b> 1.127.390.578	<b>Unidad</b> ADM: A
--------------------------------------------------------	--------------------------------	-------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopafa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
18 09 20				X										
21 09 20				X										
22 09 20				X										
23 09 20				X										
24 09 20				X										
15 09 20				X										
26 09 20				X										
29 09 20				X										
29 09 20				X										
30 09 20				X										

Yo, Duvan Funez Villegas Flores Identificado (a) con CC: 1127390578, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Ruth Baquero	40185140	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		
	Coifa	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
21	04	20				X									Ruth Baquero
22	04	20				X									Ruth Baquero
24	04	20				X									Ruth Baquero
25	04	20				X									Ruth Baquero
28	04	20				X									Ruth Baquero
29	04	20				X									Ruth Baquero
30	04	20				X									Ruth Baquero

Yo, Ruth Baquero Identificado (a) con CC: 40185140, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Jenny Gutierrez		Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	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	04	20				X									Jenny G.
28	04	20				X									Jenny G.
29	04	20				X									Jenny G.
24	04	20				X									Jenny G.
25	04	20				X									Jenny G.
26	04	20				X									Jenny G.
28	04	20				X									Jenny G.
29	04	20				X									Jenny G.
30	04	20				X									Jenny G.
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Control Nacional: 018000910303



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Diany Duarte</u>	Cédula	Unidad <u>Admin</u>
------------------------------------------------------	--------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 09 20				X								
25 09 20				X								
28 09 20				X								
29 09 20				X								
30 09 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diany Duarte identificado (a) con CC: 52429436, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Greya Tellez</u>	Cédula <u>1.121.846.960</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
------------------------------------------------------	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 09 20				X								
26 09 20				X								
28 09 20				X								
29 09 20				X								
30 09 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Greya Chirya Tellez Caballero identificado (a) con CC: 1.121.846.960, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800019333  
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Eileen Diaz</u>	Cédula <u>1000271662</u>	Unidad <u>Admin</u>
-----------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monogafa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollines			
22	09	20				X							
23	09	20				X							
24	09	20				X							
25	09	20				X							
28	09	20				X							
29	09	20				X							
30	09	20				X							
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

Yo, Eileen Daniela Diaz Morillo Identificado (a) con CC: 1000271662, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Jhoan Santana</u>	Cédula <u>1006773398</u>	Unidad <u>Admin</u>
-------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monogafa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollines			
22	09	20				X							Jhoan Santana
24	09	20				X							Jhoan Santana
25	09	20				X							Jhoan Santana
28	09	20				X							Jhoan Santana
30	09	20				X							Jhoan Santana
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

Yo, Jhoan Santana Montoya Identificado (a) con CC: 1006773398, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sebastian Falla	<b>Cédula</b> 1121916803	<b>Unidad</b> Admin
---------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------

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

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

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Celofa	Maneja de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas			
16 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			Diego Bocanegra
17 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			Diego Bocanegra
18 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			Diego Bocanegra
19 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			Diego Bocanegra
20 9 2020													
21 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			Diego Bocanegra
22 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			Diego Bocanegra
23 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			Diego Bocanegra
24 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		el Azul Tapabocas produ	Diego Bocanegra
25 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		" " " " " "	Diego Bocanegra
26 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		" " " " " "	Diego Bocanegra
27 9 2020													
28 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			Diego Bocanegra
29 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			Diego Bocanegra
30 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			Diego Bocanegra

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Paola Tulibila	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Admin
--------------------------------------------------------	---------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceña	Monopie en seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 09 20				X								Paola T.
25 09 20				X								Paola T.
26 09 20				X								Paola T.
28 09 20				X								Paola T.
29 09 20				X								Paola T.
30 09 20				X								Paola T.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

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

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

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

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Poa Torero Aora Milena	<b>Cédula</b> 3-321.848.957	<b>Unidad</b> Admon
----------------------------------------------------------------	--------------------------------	------------------------

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

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

Yo, Aora Milena Poa, identificado (a) con CC: 3-321.848.957, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> García Penagos Wendy	<b>Cédula</b> 112096748	<b>Unidad</b> Administración
--------------------------------------------------------------	----------------------------	---------------------------------

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

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

Yo, Wendy Penagos García, identificado (a) con CC: 112096748, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Navarro Maria Emilsen	<b>Cédula</b> 1.121.838.406	<b>Unidad</b> Asis/en Cae
---------------------------------------------------------------	--------------------------------	------------------------------

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

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

Yo, Maria Emilsen Navarro identificado (a) con CC: 1.121.838.406 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Reg Adriana Lorena	<b>Cédula</b> 1.019.071.171	<b>Unidad</b> Asistencial
------------------------------------------------------------	--------------------------------	------------------------------

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

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

Yo, Adriana Lorena Reg 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Control Nacional: 01800070303  
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos: <u>Pomero Jose Adelmo</u>	Cédula: <u>86.080.094</u>	Unidad: <u>Asistencia</u>
----------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal									Observaciones	Firma			
	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	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
17	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
18	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
19	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
20	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
21	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
22	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
23	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
24	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
25	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
26	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
27	9	2020												
28	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
29	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	
30	9	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Consulta	Verbal	

Yo, Jose Adelmo Pomero 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.

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

Apellidos y Nombres Completos: <u>Joddy Jaath Toms Martinez</u>	Cédula: <u>112189260</u>	Unidad: <u>Consulta externa</u>
-----------------------------------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

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

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Joddy Loth Jorke Martinez	<b>Cédula</b> 1121857850	<b>Unidad</b> Asistencial
-------------------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Celofa	Monografo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
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													
29	04	2020	X	X	X	X		X				X		Tit en Consultorio	Joddy Torres
30	04	2020	X	X	X	X		X				X		Tit en Consultorio	Joddy Torres

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Arango Gina Feina.	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencial
------------------------------------------------------------	---------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma				
	Celofa	Monografo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas							
16	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
17	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
18	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
19	9	2020	✓														
20	9	2020															
21	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
22	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
23	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
24	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
25	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
26	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
27	9	2020															
28	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
29	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
30	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Cordoba Joanna	<b>Código</b> 35263051	<b>Unidad</b> Asistencia
--------------------------------------------------------	---------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas IPS con válvula	Guaños de látex	Guaños de nitrilo	Guaños de nylon	Bata desechable	Polinias		
16 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta telefónica	[Firma]
17 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta	[Firma]
18 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta virtual	[Firma]
19 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X		[Firma]
20 9 2020												
21 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta virtual	[Firma]
22 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta virtual	[Firma]
23 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta virtual	[Firma]
24 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta virtual	[Firma]
25 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta virtual	[Firma]
26 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta virtual	[Firma]
27 9 2020												
28 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta virtual	[Firma]
29 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta virtual	[Firma]
30 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta virtual	[Firma]

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Gomez Darwin Miguel	<b>Código</b> 112829724	<b>Unidad</b> Asistencia
-------------------------------------------------------------	----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas IPS con válvula	Guaños de látex	Guaños de nitrilo	Guaños de nylon	Bata desechable	Polinias		
16 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	mejor en cartón	[Firma]
17 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	mejor en cartón	[Firma]
18 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	mejor en cartón	[Firma]
19 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	mejor en cartón	[Firma]
20 9 2020												
21 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	mejor en cartón	[Firma]
22 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	mejor en cartón	[Firma]
23 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	mejor en cartón	[Firma]
24 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	mejor en cartón	[Firma]
25 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	mejor en cartón	[Firma]
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	mejor en cartón	[Firma]
29 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	mejor en cartón	[Firma]
30 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	mejor en cartón	[Firma]

Yo, Darwin Miguel Gomez identificado (a) con CC: 112829724, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Corredor Nacional: 01800019333  
VIGILADO



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

Apellido(s) y Nombres Completos: <u>Guerrero S. César A.</u>	Cédula: <u>1092774101</u>	Unidad: <u>Comp. Clínica</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
	Cefia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Polizas		
16 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
17 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
18 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
19 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
20 9 2020												
21 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
22 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
23 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
24 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
25 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
26 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
27 9 2020												
28 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
29 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
30 9 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]

Yo, César A. Guerrero identificado (a) con CC: 1092774101. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellido(s) y Nombres Completos: <u>Pojas July</u>	Cédula: <u>40326034</u>	Unidad: <u>Asistencia</u>
-------------------------------------------------------	----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cefia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Polizas		
16 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Kit con sut 2	[Firma]
17 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Kit consult 2	[Firma]
18 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Kit consultorio 2	[Firma]
19 9 2020												
20 9 2020												
21 9 2020												
22 9 2020												
23 9 2020												
24 9 2020												
25 9 2020												
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Controladora Nacional: 018000910303  
VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Velasquez Fridy Gisely</u>	<b>Codificación</b> <u>1121821832</u>	<b>Unidad</b> <u>Asistencial</u>
-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	-------------------------------------

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

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

Yo, Fridy Gisely Velasquez identificado (a) con CC: 1121821832 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Puentes Juan Camilo</u>	<b>Codificación</b> <u>1010101035</u>	<b>Unidad</b> <u>Asistencial</u>
--------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	-------------------------------------

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

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

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sabogal Arias Yamile	<b>Cédula</b> 40392862	<b>Unidad</b> Asistencia
--------------------------------------------------------------	---------------------------	-----------------------------

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

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Angelica Laraque	<b>Cédula</b> 4035377	<b>Unidad</b>
----------------------------------------------------------	--------------------------	---------------

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

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

Yo, Angelica Laraque Identificado (a) con CC: 4035377. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0800970333  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Carlos Pérez Nueva	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Jersalud VAO
------------------------------------------------------------	---------------	-------------------------------

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

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

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cinta	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
16	9	2020	0	1	1	1	1	1	1	1	1			
17	9	2020	0											
18	9	2020												
19	9	2020												
20	9	2020												
21	9	2020												
22	9	2020	0								0			
23	9	2020												
24	9	2020	0								0			
25	9	2020												
26	9	2020												
27	9	2020												
28	9	2020												
29	9	2020												
30	9	2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000190303  
**VIGILADO**





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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas						
16	9	2020													
17	9	2020													
18	9	2020													
19	9	2020													
20	9	2020													
21	9	2020													
22	9	2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	Wilmer Velazquez G.
23	9	2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	Wilmer Velazquez G.
24	9	2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	Wilmer Velazquez G.
25	9	2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	Wilmer Velazquez G.
26	9	2020													
27	9	2020													
28	9	2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	Wilmer Velazquez G.
29	9	2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	Wilmer Velazquez G.
30	9	2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	Wilmer Velazquez G.

Yo, Wilmer Julian Velazquez identificado (a) con CC: X 1121852922, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Diana Conrado Roa	<b>Cédula</b> 40396855	<b>Unidad</b> Jersalud Vico
-----------------------------------------------------------	---------------------------	--------------------------------

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

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

Yo, Diana Conrado Roa 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  
VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sandra Patricia Rey O	<b>Cédula</b> 39537576	<b>Unidad</b>
---------------------------------------------------------------	---------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
			Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16	9	2020													
17	9	2020													
18	9	2020													
19	9	2020													
20	9	2020													
21	9	2020													
22	9	2020													
23	9	2020													
24	9	2020													
25	9	2020	X			X									<i>Sandra Rey</i>
26	9	2020													
27	9	2020													
28	9	2020													
29	9	2020													
30	9	2020													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Luis Acosta, Antony Gutierrez, Wilson Gufic	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
-------------------------------------------------------------------------------------	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
			Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
04	10	20				X									JERSALUD le dio tapabocas a Luis Acosta	<i>Luis Rodriguez</i>
05	10	20														
06	10	20														
07	10	20														
08	10	20														
09	10	20														
10	10	20														
11	10	20														
12	10	20														
13	10	20														
14	10	20														
15	10	20														
16	10	20														
17	10	20														
18	10	20														
19	10	20														
20	10	20														

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

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000190303



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Ingrith Corderas	1093755032	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	
D	M	A	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
10	10	20				X									Ingrith Corderas
11	11	20													
12	12	20													
13	13	20													
14	14	20													
15	15	20													
16	16	20													
17	17	20													
18	18	20													
19	19	20													
20	20	20													

Yo, Ingrith Thonina Corderas identificado (a) con CC: 1093755032, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Gabriel Babalonia	1063134225	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	
D	M	A	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
10	10	20				X									Gabriel Babalonia
11	11	20													
12	12	20													
13	13	20													
14	14	20													
15	15	20													
16	16	20													
17	17	20													
18	18	20													
19	19	20													
20	20	20													

Yo, Gabriel Babalonia identificado (a) con CC: 1063134225, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Corrala Nacional: 018000910332



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Angie Machado	1121930795	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
	Cofre	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas		
09/08/19				X								
10/08/19												
11/08/19												
12/08/19												
13/08/19												
14/08/19												
15/08/19												
16/08/19												
17/08/19												
18/08/19												
19/08/19												
20/08/19												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
CAROLINA BARBOSA		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
	Cofre	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas		
09/08/19				X								
10/08/19												
11/08/19												
12/08/19												
13/08/19												
14/08/19												
15/08/19												
16/08/19												
17/08/19												
18/08/19												
19/08/19												
20/08/19												

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Ruky Ruiz		Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
DD	MM	AA	Cofia	Monografía de seguridad	Carra desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmox			
01	10	20				X									
02	10	20													
03	10	20													
04	10	20													
05	10	20													
06	10	20													
07	10	20													
08	10	20													
09	10	20													
10	10	20													
11	10	20													
12	10	20													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Daniela Carroño	1007419166	Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
DD	MM	AA	Cofia	Monografía de seguridad	Carra desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmox			
10	10	19				X									
02	10	19													
03	10	19													
04	10	19													
05	10	19													
06	10	19													
07	10	19													
08	10	19													
09	10	19													
10	10	19													
11	10	19													
12	10	19													

Yo, Daniela Carroño Identificado (a) con CC: 1007419166, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Ruth Baguero		Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas			
10/08/20				X									<i>Ruth Baguero</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Jenny Gutierrez		Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas			
10/08/20				X									<i>Jenny Gutierrez</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Marcela Acuña	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencial
-------------------------------------------------------	---------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10/09/19				X									Acuña
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, Marcela Acuña Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Pada Gabriel	<b>Cédula</b> 1121889254	<b>Unidad</b> Asistencial
------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10/09/19				X									Pada G.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Pada Gabriel Identificado (a) con CC: 1121889254, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Grecia Teliez	<b>Cédula</b> 1.121.846.960	<b>Unidad</b> ASISTEN
-------------------------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Mantenido de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10/09/20				X									Grecia Teliez
11/09/20													
12/09/20													
13/09/20													
14/09/20													
15/09/20													
16/09/20													
17/09/20													
18/09/20													
19/09/20													
20/09/20													

Yo, Grecia Teliez Calderon Identificado (a) con CC: 1.121.846.960, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Soledad Linares	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Admin
---------------------------------------------------------	---------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Mantenido de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10/09/20				X									Soledad Linares
11/09/20													
12/09/20													
13/09/20													
14/09/20													
15/09/20													
16/09/20													
17/09/20													
18/09/20													
19/09/20													
20/09/20													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 018000190303  
**VIGILADO**





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Sandra Peñaloza	40330585	Admin

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex.	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10/08/19				X								Sandra
05/08/19												
07/08/19												
09/08/19												
11/08/19												
13/08/19												
15/08/19												
17/08/19												
19/08/19												
21/08/19												
23/08/19												
25/08/19												
27/08/19												
29/08/19												
31/08/19												

Yo, Sandra Patricia Peñaloza Man identificado (a) con CC: 40330585, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Miguel Reina		Admin

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex.	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10/08/19				X								Miguel
05/08/19												
07/08/19												
09/08/19												
11/08/19												
13/08/19												
15/08/19												
17/08/19												
19/08/19												
21/08/19												
23/08/19												
25/08/19												
27/08/19												
29/08/19												
31/08/19												

Yo, Miguel Reina identificado (a) con CC: 1121657253, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910303  
VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Duvan Villegas	<b>Cédula</b> 1129390598	<b>Unidad</b> Admin
--------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Ceja	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
27 10 25				X										Duvan Villegas
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Duvan Jamey Villegas Identificado (a) con CC: 1129390598, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Karen Melo	<b>Cédula</b> 1121926625	<b>Unidad</b> Admin
----------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Ceja	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
27 10 25				X										Karen Melo
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Karen Amelie Melo Identificado (a) con CC: 1121926625, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000190333  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Wilder Novoa	<b>Cédula</b> 1121872806	<b>Unidad</b> Asistencial
------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Cuantes de lino	Cuantes de nitrilo	Cuantes de nylon	Bata desechable	Botinas			
09 10 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Wilder Julián Novoa Baños Identificado (a) con CC: 1121872806, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JOE FOMERO RAMIREZ	<b>Cédula</b> 86.080.094	<b>Unidad</b> Asistencial
------------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Cuantes de lino	Cuantes de nitrilo	Cuantes de nylon	Bata desechable	Botinas			
09 10 20	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Consola Viral		
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, JOE FOMERO RAMIREZ Identificado (a) con CC: 86.080.094, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de 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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Nevado Guzman Jimmy Suarez	<b>Cédula</b> 1045682498	<b>Unidad</b> Asistencia
--------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Copa	Monopala de seguridad	Cable desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
04/10/20	X	X		X	X	X						X	Kit consultorio	Jimmy Suarez
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Jimmy Suarez Nevado Guzman Identificado (a) con CC: 1045682498 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Darwin Gomez	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencia
------------------------------------------------------	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Copa	Monopala de seguridad	Cable desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04/10/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X			Referencia	Darwin
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Darwin Gomez 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**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Gina Arango	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencia
-----------------------------------------------------	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nitrilo	Bata desechable	Polainas			
01/08/20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unhel	Caran
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jovanna Corobba	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencia
---------------------------------------------------------	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nitrilo	Bata desechable	Polainas			
01/08/20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Corolla vial	Cor	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Angelica Lavananga	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencia
------------------------------------------------------------	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tepalcates desechables	Tepalcates N95 con valvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polineras			
01/10/20	X			X		X						Kit en el computador	Angelica L
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jody Torres	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencia
-----------------------------------------------------	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tepalcates desechables	Tepalcates N95 con valvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polineras			
01/10/20	X	X	X	X		X			X			Kit en Consultorio	Jody Torres
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
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: 0800019033  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Guevará Salomancá César A.</u>	<b>Cédula</b> <u>1092774101</u>	<b>Unidad</b> <u>Camp. Externa</u>
---------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
DD	MM	AA	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
01	10	20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

Yo, César A. Guevará S. identificado (a) con CC: 1092774101, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Adriana Lorena Rey Rodríguez</u>	<b>Cédula</b> <u>1-019-071-171</u>	<b>Unidad</b> <u>Asistencial</u>
-----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
DD	MM	AA	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
01	10	20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-			
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

Yo, Adriana Lorena Rey Rodríguez 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.

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

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

Apellidos y Nombres Completos <b>Leidy Velasco</b>	Cédula 	Unidad <b>Asistencia</b>
-------------------------------------------------------	------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 962 de 1984, Dec. 696 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cable	Monopala de seguridad	Cable desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
DD MM AA	X	X		X		X								
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, \_\_\_\_\_ 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 <b>Van Camilo Ponce</b>	Cédula 	Unidad <b>Asistencia</b>
----------------------------------------------------------	------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 962 de 1984, Dec. 696 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cable	Monopala de seguridad	Cable desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
DD MM AA	X		X	X		X			X	X				
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Yamile Sabogay	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencia
--------------------------------------------------------	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guañas de látex	Guañas de nitrilo	Guañas de nylon	Bata desechable	Pósteras			
07/09/20	X	X		X		X			X				
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Wilmer Velásquez	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencia
----------------------------------------------------------	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guañas de látex	Guañas de nitrilo	Guañas de nylon	Bata desechable	Pósteras			
01/10/20	X			X	X	X			X				
02/10/20													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Yoli Beltran	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencia
------------------------------------------------------	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10/20/20	X	X		X	X				X			Yoli B
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Paola Tulibita	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencia
--------------------------------------------------------	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
07/08/20				X								Paola Tulibita
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Diego Boranegra	<b>Cédula</b> _____	<b>Unidad</b> Asistencia
---------------------------------------------------------	------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
DD MM AA				X										Diego Boranegra
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Aura Milena ROA	<b>Cédula</b> _____	<b>Unidad</b> Asistencia
---------------------------------------------------------	------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
DD MM AA				X										Aura Milena ROA
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Windy Gaítan		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		
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	Pelotas				
10	09	20		X		X		X			X					
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Monja E. Navarro	1721838ud6	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		
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	Pelotas				
10	09	20	X	X	X	X					X				Kit cens	Monja
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, Monja E. Navarro identificado (a) con CC: 1721838, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910333  
VIGILADO



**3.2.2 Entrega elementos de protección personal sede Puerto Gaitán**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Liliara Rojas	<b>Cédula</b> 43920473	<b>Unidad</b> Jersalud
-------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
29 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
30 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
01 10 20												
02 10 20												
03 10 20												
04 10 20												
05 10 20												
06 10 20												
07 10 20												
08 10 20												
09 10 20												
10 10 20												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Leidy Morales	<b>Cédula</b> 1.090394053	<b>Unidad</b> Rato Carbon
-------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
16 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
17 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
18 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
21 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
22 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
23 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
24 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
25 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
26 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
28 09 20				X						X	Gorro	[Firma]
29 09 20				X						X	Gorro	[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.

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



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sandra Pardo</i>	Cédula <i>74200019</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 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28/09/20				X					X		<i>gomo</i>	<i>[Signature]</i>
29/09/20				X				X				
30/09/20				X				X				
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos <i>La Yabana</i>	Cédula <i>1729834204</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 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16/09/20				X					X		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
17/09/20				X				X				
18/09/20				X				X				
21/09/20				X				X				
22/09/20				X				X				
23/09/20				X				X				
24/09/20				X				X				
25/09/20				X				X				
26/09/20				X				X				
28/09/20				X				X				
29/09/20				X				X				
30/09/20				X				X				

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

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos <b>ANGELA NATALIA MEDINA SUAREZ</b>	Cédula <b>1020806521</b>	Unidad <b>CONSULTA EXTERNA</b>
----------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

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

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

<b>Apellido y Nombre Completo</b> JOSÉ ROBERTO MEJIA CASTRO	<b>Cédula</b> 12565313	<b>Unidad</b> CONSULTA EXTERNA
----------------------------------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1954, Dec. 952 de 1954, Dec. 686 de 1970 y Res. 48 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 178 de la Res. 2400 de 1978, 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	
	Cable	Mantopala de cogemolde	Caretas de seguridad	Tapabocas desechables	Tapabocas reutilizables con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de neopreno	Botas desechables			Polainas
1 10 2020		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			
2 10 2020												
3 10 2020												
5 10 2020												
6 10 2020												
7 10 2020												
8 10 2020												
9 10 2020												
13 10 2020												
14 10 2020												
15 10 2020												
16 10 2020												
17 10 2020												
19 10 2020												
20 10 2020												
21 10 2020												
22 10 2020												
23 10 2020												
26 10 2020												
27 10 2020												
28 10 2020												
29 10 2020												
30 10 2020												
31 10 2020												

Yo, JOSÉ 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: 01800010303  
 Línea Correo Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**

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

<b>Apellido y Nombre Completo</b> ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	<b>Código</b> 1121925239	<b>Unidad</b> CONSULTA EXTERNA
---------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad en especial, al Art. 200 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 695 de 1979 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 and Art 2.2.4.6.24, numeral 3, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Nº	Día	Mes	Año	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										Observaciones	Firma	
				Ceifa	Monografía de seguridad	Casaca de algodón	Tapabocas descartables	Tapabocas N95 con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata descartable	Pañales			
1	9	2020					X							X		
2	9	2020					X							X		
3	9	2020					X							X		
4	9	2020					X							X		
5	9	2020					X							X		
7	9	2020					X							X		
8	9	2020					X							X		
9	9	2020					X							X		
10	9	2020					X							X		
11	9	2020					X							X		
14	9	2020					X							X		
15	9	2020					X							X		
16	9	2020					X							X		
17	9	2020					X							X		
19	9	2020					X							X		
19	9	2020				//		//					//		//	
21	9	2020					X							X		
22	9	2020					X							X		
23	9	2020					X							X		
24	9	2020					X							X		
25	9	2020					X							X		
28	9	2020					X							X		
29	9	2020					X							X		
30	9	2020					X							X		

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

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



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

Apellidos y Nombres completos	Código	Unidad
ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑEZ	1121925239	CONSULTA EXTERNA

Confirma a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 062 de 1984, Dec. 695 de 1979 y Res. 46 de 1982 del Ministerio de la Protección Social y confirma a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 anal Art 2.2.4.8.24, numeral 5, la entrega haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/M/AAAA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Casco	Monogafio de seguridad	Gavilla desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de estiro	Bata desechable	Pantallas		
1 10 2020				X								MARGARITA Z
2 10 2020												
3 10 2020												
5 10 2020												
6 10 2020												
7 10 2020												
8 10 2020												
9 10 2020												
13 10 2020												
14 10 2020												
15 10 2020												
16 10 2020												
17 10 2020												
18 10 2020												
20 10 2020												
21 10 2020												
22 10 2020												
23 10 2020												
25 10 2020												
27 10 2020												
28 10 2020												
29 10 2020												
30 10 2020												
31 10 2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333  
 Línea de Consulta Nacional: 01 8000 910333  
**VIGILADO**



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

<b>Nombre y Apellido Completo</b> MARLY YULIETH GARCIA CALDERON	<b>Código</b> 1121947473	<b>Categoría</b> CONSULTA EXTERNA
--------------------------------------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad en especial, el Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 1032 de 1994, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1992 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 178 de la Ley. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.0.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (dd/mm/aaaa)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cable	Mantenido de seguridad	Cartera de escritorio	Trapatrones de escritorio	Tapabocas tipo 3 con refrenda	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de neopreno	Bata desechable	Pelaminas			
1	9	2020			X					X			Marly G
2	9	2020			X					X			Marly G
3	9	2020			X					X			Marly G
4	9	2020			X					X			Marly G
5	9	2020			X					X			Marly G
7	9	2020			X					X			Marly G
8	9	2020			X					X			Marly G
9	9	2020			X					X			Marly G
10	9	2020			X					X			Marly G
11	9	2020			X					X			Marly G
14	9	2020			X					X			Marly G
15	9	2020			X					X			Marly G
16	9	2020			X					X			Marly G
17	9	2020			X					X			Marly G
19	9	2020			X					X			Marly G
20	9	2020			X					X			Marly G
21	9	2020			X					X			Marly G
22	9	2020			X					X			Marly G
23	9	2020			X					X			Marly G
24	9	2020			X					X			Marly G
25	9	2020			X					X			Marly G
28	9	2020			X					X			Marly G
29	9	2020			X					X			Marly G
30	9	2020			X					X			Marly G

Yo, MARLY YULIETH GARCIA CALDERON Identificado (a) con CC: 1121947473, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad, asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellido y Nombres Completos</b> MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	<b>Identificación</b> 1121947473	<b>Unidad</b> CONSULTA EXTERNA
----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Conforme a lo establecido en seguridad y en especial al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 082 de 1984, Dec. 690 de 1970 y Res. 40 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Deceto 1072 de 2015 anal Art 2.2.4.8.24 numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceño	Mascarilla de seguridad	Casco de protección	Tapabocas desechables	Tapa buzo N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de látex nitrilo	Botas de caucho	Pañuelos			Protección
1 10 2020				X							X		Moly Garcia
2 10 2020													
3 10 2020													
5 10 2020													
6 10 2020													
7 10 2020													
8 10 2020													
9 10 2020													
13 10 2020													
14 10 2020													
15 10 2020													
16 10 2020													
17 10 2020													
19 10 2020													
20 10 2020													
21 10 2020													
22 10 2020													
23 10 2020													
26 10 2020													
27 10 2020													
28 10 2020													
29 10 2020													
30 10 2020													
31 10 2020													

Yo, MARLY YULIETH GARCIA CALDERON Identificado (a) con CC: 1121947473, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	<b>Cédula</b> 1 122 120 131	<b>Unidad</b> ADMINISTRATIVO
------------------------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 9 2020	X			X		X			X			
29 9 2020				X		X						
30 9 2020				X		X						
1 9 2020				X		X						
2 9 2021				X		X						
3 9 2020				X		X						

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 9 2020	X			X		X						
29 9 2020				X		X						
30 9 2020				X		X						
1 10 2020				X		X						
2 10 2020				X		X						
3 10 2020				X		X						

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
28 9 2020	X			X		X			X			<i>[Signature]</i>
29 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
30 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
1 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
2 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
3 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
DAMARIS ESTRADA CAICEDO	1 121 839 364	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
28 9 2020	X			X					X			<i>[Signature]</i>
29 9 2020				X								<i>[Signature]</i>
30 9 2020				X								<i>[Signature]</i>
1 10 2020				X								<i>[Signature]</i>
2 10 2020				X								<i>[Signature]</i>
3 10 2020				X								<i>[Signature]</i>

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



**3.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada**

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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	Guanites de látex	Guanites de nitrilo	Guanites de nylon	Bata desechable			Poblinas			
29	8	2019	X			X									
30	8	2019	X			X									
31	8	2019	X			X									

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma				
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guanites de látex	Guanites de nitrilo	Guanites de nylon	Bata desechable			Poblinas			
29	8	2019	X			X									
30	8	2019	X			X									
31	8	2019	X			X									

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pollinas	
20	8	2020	X			X							
18	8	2020	X			X							
20	8	2020	X			X							

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pollinas	
25	8	2020	X			X							
23	8	2020	X			X							
23	8	2020	X			X							

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

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable		
06/09/2019	X		X		X			X			
07/09/2019	X		X		X						
08/09/2019	X		X		X						

Yo, ANDREA SANTOS RODRIGUEZ 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
JAVIER HERRERA	86069207	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	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable		
08/09/2019			X		X			X			JAVIER JAVIER JAVIER
09/09/2019			X		X						
10/09/2019			X		X						

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910332  
 Línea de Control Normativo: 018000910333  
**VIGILADO**





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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma			
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable			Polinias		
25	2	2024	X											
25	3	2024	X		X								X	
24	5	2023			X				X					

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable			Polinias	
28	5	2024			X								
28	4	2024			X								X
28	4	2024			X								X

Yo, DIEGO ANDRES BARON QUINTERO identificado (a) con CC: 112049827, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800091033  
**VIGILADO**



3.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare

3.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ysella Gonzalez Cuevas	47441197	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
	Cofre	Monogafete de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 09 2020				↓									
29 09 2020				↓									
30 09 2020				↓									
01 10 2020				↓									
02 10 2020				↓									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Ysella Gonzalez Cuevas identificado (a) con CC: 47441197, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Socha Yorz	1118574733	Asistente / Administrativo

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monogafete de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 09 20				↓									
16 09 20				↓									
17 09 20				↓									
18 09 20				↓									
21 09 2020				↓									
22 09 2020				↓									
23 09 2020				↓									
24 09 2020				↓									
25 09 2020				↓									
28 09 2020				↓									
30 09 2020				↓									
01 10 2020				↓									

Yo, Yorz Socha identificado (a) con CC: 1118574733, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Casanare Nacional: 0800097033  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Vivian Suarez Hernandez</u>	<u>1118537038-4</u>	<u>Med. Interna /Asistencia I</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 09 20	1			1	1				1			<u>Vivian A. Suarez</u>
01 10 20	1			1	1			1				
01 10 20	1							1				
02 10 20	1							1				
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Vivian Alejandra Suarez, identificado (a) con CC: 1118537038, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Oscar Jimenez</u>	<u>1054090740</u>	<u>Asistencia psicológica</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 09 20				1	1							<u>Oscar Jimenez</u>
16 09 20				1	1							
28 09 20				1	1							
29 09 20				1	1							
30 09 20				1	1							
01 10 20				1	1							
02 10 20				1	1							
03 10 20				1	1							
DD MM AA												

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

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



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

Duarte Santo Cesar Alberto 1047438183 Med. General/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)	Cable	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Sala desechable	Pelotas	Observaciones	Firma
18 09 20				1	1							aw
21 09 20				1	1							- aw
22 09 20				1								- aw
23 09 20				1								- aw
24 09 20				1								- aw
25 09 20				1								- aw
28 09 20				1								- aw
29 09 20				1								aw
30 09 20				1								aw
01 10 20				1								aw
02 10 20				1								aw
03 10 20				1								aw

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.

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

Sneider Manotas 19953025 Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cable	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Sala desechable	Pelotas	Observaciones	Firma
21 09 2020					1				1			
29 09 2020				1	1				1			
30 09 20				1	1				1			
01 10 20				1	1				1			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Corredor Nacional: 018000910302  
VIGILADO

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

Cediel Patino Natalia      1118 570 378      Aux. Enfermeria/Asistonal

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

Fecha (DIA/MES/AÑO)	Cota	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con velas	Guanales de látex	Guanales de nitrilo	Guanales de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
15 09 20												
16 09 20												
17 09 20												
18 09 20												
28 09 20				1								
29 09 20				1								
30 09 20				1								
01 10 20				1								
02 10 20				1								
03 10 20				1								
04 10 20				1								
05 10 20				1								

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

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

Natalia Velasquez      112194029      Coordinadora Asistencial-sede

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

Fecha (DIA/MES/AÑO)	Cota	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con velas	Guanales de látex	Guanales de nitrilo	Guanales de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
24 09 2020	1								1			
29 09 2020				1								
30 09 2020				1								
01 10 2020				1								
02 10 2020				1								
03 10 2020				1								

Yo, Natalia Velasquez Lopez Identificado (a) con CC: 112194029, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0800910303  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Amanda Barrera Tolosa	<b>Cédula</b> 23726655	<b>Unidad</b> Tolosa
---------------------------------------------------------------	---------------------------	-------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
08 09 2020				1								Amanda B.
10 09 2020				1								Amanda B.
11 09 2020				1								Amanda B.
14 09 2020				1								Amanda B.
15 09 2020				1								Amanda B.
16 09 2020				1								Amanda B.
21 09 2020				1								Amanda B.
22 09 2020			1	1							Cureta reutilizable	Amanda B.
23 09 2020				1								Amanda B.
25 09 2020				1								Amanda B.
28 09 2020				1								Amanda B.
29 09 2020				1								Amanda B.

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Alejandra Corredor	<b>Cédula</b> 1121905210	<b>Unidad</b> Aux. Administrativa
------------------------------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
2 10 2020				1								Alejandra Corredor

Yo, Alejandra Corredor identificado (a) con CC: 1121905210, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Helena Maldonado      47420208      Regente de farmacia

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cofre	Monitores de seguridad	Cables desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con filtro y válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas	Observaciones	Firma
28	09	20				1								Eder N
29	09	20				1								Eder N
30	09	20				1								Eder N
01	10	20				1								Eder N
02	10	20				1								Eder N
03	10	20				1								Eder N

Yo, Helena Maldonado identificada (a) con CC. 47420208, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1
--	--------------------------------------------------------	---------------------------------------------

Juan Darío Hernández      1053538208

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cofre	Monitores de seguridad	Cables desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con filtro y válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas	Observaciones	Firma
21	09	20				1					1			
28	09	20				1					1			
30	09	20				1					1			
01	09	200				1					1			

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Nelsy Miranda Santos	52704266	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajinas		
10 09 2020				X								X Nelsy Miranda Santos
11 09 2020				X								X Nelsy Miranda Santos
14 09 2020				X								X Nelsy Miranda Santos
17 09 2020				X								X Nelsy Miranda Santos
22 09 2020			X	X							Careta reutilizable	X Nelsy Miranda Santos
23 09 20				X								X Nelsy Miranda Santos
28 09 20				X								X Nelsy Miranda Santos
29 09 20				X								X Nelsy Miranda Santos
30 09 20				X								X Nelsy Miranda Santos
1 10 20				X								X Nelsy Miranda Santos
2 10 20				X								X Nelsy Miranda Santos

Yo, Nelsy Johana Miranda Santos, identificado (a) con CC: 52704266, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
María Alejandra Vargas Palacios	11825080 1090425295	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	Pajinas		
08 09 2020				1								X María Alejandra Vargas Palacios
10 09 2020				1								X María Alejandra Vargas Palacios
11 09 2020				1								X María Alejandra Vargas Palacios
14 09 2020				1								X María Alejandra Vargas Palacios
16 09 2020				1								X María Alejandra Vargas Palacios
19 09 2020				1								X María Alejandra Vargas Palacios
21 09 2020				1								X María Alejandra Vargas Palacios
22 09 2020			1	1							Careta reutilizable.	X María Alejandra Vargas Palacios
28 09 2020				1								X María Alejandra Vargas Palacios
29 09 2020				1								X María Alejandra Vargas Palacios
30 09 2020				1								X María Alejandra Vargas Palacios
01 10 2020				1								X María Alejandra Vargas Palacios

Yo, María Alejandra Vargas Palacios, identificado (a) con CC: 1090425295, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 0800919333  
**VIGILADO**





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

Martha Cordoba Estepa      33480734-      Asistencial - Farmacia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monitoreo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
21 09 2020				1								Martha C.
22 09 2020			1	1							Careta reutilizable	Martha C.
23 09 2020				1								Martha C.
24 09 20				1								Martha C.
25 09 20				1								Martha C.
26 09 20				1								Martha C.
28 09 20				1								Martha C.
29 09 20				1								Martha C.
30 09 20				1								Martha C.
1 10 20				1								Martha C.
2 10 20				1								Martha C.
3 10 20				1								Martha C.

Yo, Martha Cecilia Cordoba Identificado (a) con CC: 33480734, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Fabrice Martinez Alonso      118700091      Asistencial - Farmacia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monitoreo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
21 09 2020				1								Fabrice Martinez
22 09 2020			1	1							Careta reutilizable	Fabrice Martinez
23 09 2020				1								Fabrice Martinez
26 09 2020				1								Fabrice Martinez
29 09 2020				1								Fabrice Martinez

Yo, Fabrice Martinez Identificado (a) con CC: 118700091, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0800091033  
**VIGILADO**



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

Amerida Barrera Tolosa      23726655      Asistencial / 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)	Cofre	Montador de seguridad	Cable desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
30/09/20				1								
1/10/20				1								

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

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

Ailyn Juette Rodriguez      1118550056      Asx. 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)	Cofre	Montador de seguridad	Cable desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
09/09/20				1								
08/09/20				1								
09/09/20				1								
10/09/20				1								
11/09/20				1								
14/09/20				1								
15/09/20				1								
16/09/20				3								
21/09/20				1								
22/09/20				1								
28/09/20				1								
29/09/20				1								

yo, Ailyn Juette Rodriguez identificada (a) con CC 1118550056 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	CLAUDIA MONTAÑEZ	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	LUZ AMPARO AYALA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	LUZ MARINA MOJICA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	GERSSON GONZALEZ	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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	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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	GILMA LILIANA ROA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comercio Nacional 1, Bogotá D.C.  
 Teléfono: 018000910302  
**VIGILADO**



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	JOSE GREGORIO MOLINA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	JOEL ANTONIO DURAN	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	LAESTISABEL DIAZ	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, 1 de Octubre del 2020  
 Unidad Central Operativa, 01000101033  
**VIGILADO**



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	NIDIA SAENZ	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	LEIDY DAYANA MONROY	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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

### 5.1.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Duitama



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/2020.	Sonia Fira	Farmacia.	

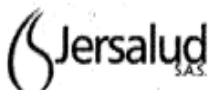
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/2020	Miriam Buitrago	farmacia	

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

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

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

PUNTAJE	
0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>
80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>
95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/2020.	Gloria Avendaño	Asistencia	

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Comuna Nacional, 010001910302  
**VIGILADO**



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/2020/10.	Lina Zebala	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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/2020	Diana Acero	Asistencial	


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800010332  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/2020	Nancy Hooplon	Asistencial	

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/2020	Diana Cercado	Asistencial	

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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		Con Esmalte
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Oficina Central, Calle Conde de Superhuanca 100, D.C.  
 Lima, Oficina Regional, Calle Conde de Superhuanca 100, D.C.  
 VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/2020	Lina Araque	Administrativa	

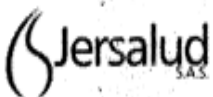
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01-10/2020	Hidalys Triana	Aux Adm	

Calificación del evaluador: 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		aretes
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (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 Control Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/2020	Alejandra Pinzon	Dux Adm.	

Calificación del evaluador: 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		largas
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	x			

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/2020	Sofia Chaparro	Administrativo Sena	

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 010001010302  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01-10-2020	Laura Gutierrez	Asistencia	

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01-10-2020	Oswaldo Gutierrez	Asistencia	

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

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

<b>TOTAL</b>				
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (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: 01800010333  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01-10-2020	Angela Fajardo	Asistencia	

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

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

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (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 Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**

### 5.1.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Sogamoso


[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



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





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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/09/2020	ALEXANDER HERRERA	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			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	SEBASTIAN RIVERA	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/09/2020	CESAR CARRILLO	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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





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


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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/09/2020	SANDRA MALAVER	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	AUXILIAR 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 (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/09/2020	<b>SERGIO CELY</b>	CONSULTA EXTERNA SOGAMO SO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica  
 Calle Comercio Nacional, 01000190303  
**VIGILADO**



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	DEISY VARGAS	CONSULTA EXTERNA \$OGAMO\$O	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

<b>TOTAL</b>	15			<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/09/2020	ANA ROMERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES 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			

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/09/2020	DAYANA PINZON	CONSULTA EXTERNA BOGAMOSO	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	AUXILIAR FARMACIA
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	AUXILIAR FARMACIA
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	AUXILIAR FARMACIA
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/09/2020	ELIDA MARIA DE AGUA S	CONSULTA EXTERNA SOGAMO SO	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	MEDICO

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



5.1.4 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Chiquinquirá

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1-10-2020	Leidy Butrago	Enfermera	Leidy Butrago

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

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


<b>TOTAL</b>				
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (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 Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01-10-2020	Erika Saucedo	Medico	Ledy Burtrago

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


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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01-10-2020	Shirley Ponce	SIACU-UX	Ledy Burdago


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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01-10-2020	Gloria Ballesteros	Medico	Ledy Buidrago


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

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

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

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



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01-10-2020	Wiliana Suarez	As Enfermera	Ledy Burtrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>					
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					
<b>PUNTAJE</b>					
		0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>		
		80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>		
		95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>		



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01-10-2020	Melisa Cardenas	Linea Frente	Leidy Buitrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	^			
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)	^			

<b>TOTAL</b>				<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01-10-2020	Yennifer Romero	Linea Frente	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			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01-10-2020	Natalia Lozano	Chicpingura	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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>					
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					
<b>PUNTAJE</b>					
0% - 80%		<b>NO CUMPLIDO</b>			
80% - 94%		<b>ACEPTABLE</b>			
95% - 100%		<b>SOBRESALIENTE</b>			



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01-10-2020	Samira Castellanos	Farmacia	Leidy Burtrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)		X		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			


<b>TOTAL</b>				<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





### 5.1.5 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Monquirá

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1 oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	MARCELA SOFICA NARVAEZ	CONSULTA EXTERNA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		NO EXISTEN LOCKERS INDIVIDUALES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			SEMANAL
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	NO INGRESO A ALMACEN DE LIQUIDOS DESINFECTANTES Y DE LIMPIEZA

<b>TOTAL</b>	13	1	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	87%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1 oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	LUZ MENDY ORTEGA	REGENTE DE FARMACIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) a que su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		NO USO DE VISCERA NI MONOGAFAS.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			EL AREA DE FARMACIA ES EXCLUSIVO PARA LA AUXILIAR, CUENTA CON BAÑO PRIVADO PARA SUS ELEMENTOS
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			SEMANAL
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	NO INGRESA AL CUARTO DE ASEO DE LA SEDE.

TOTAL	10	1	4	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	67%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GH)027
		Versión: 1 oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	LEIDY YA SMITH SAENZ RUIZ	AUX. ENFERMERIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) a que su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		NO EXISTEN LOCKERS INDIVIDUALES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			SEMANAL
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			INGRESO A ALMACEN DE LIQUIDOS DESINFECTANTES Y DE LIMPIEZA

<b>TOTAL</b>	14	1		<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1 oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	DEISY JEANETH GARCIA	AUX. ADMON	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			EN ATENCION AL USUARIO.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		NO EXISTEN LOCKERS INDIVIDUALES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			SEMANALMENTE
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc)		X		
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	NO AREA DE ALMACENAMIENTO DE QUIMICOS DESINFECTANTES ESTA A CARGO DE SMARTH BUSSINES.

TOTAL	9	2	4	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	60%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTH027
		Versión: 1 oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	PYP	LEIDY YASMITH SAEENZ RUIZ


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) e indique su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			USO DE MONOGAFAS
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		NO EXISTEN LOCKERS INDIVIDUALES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			SEMANAL
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			INGRESO A ALMACEN DE LIQUIDOS DESINFECTANTES Y DE LIMPIEZA

TOTAL	14	1	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



**5.1.6 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Garagoa**

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/20	Armando Domínguez	SEZ Garagoa	Diana Santuza

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/20	Hedy Cortijo Saavedra		EDIANA GENTIVA


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	90%		0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000190302  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/20	Fanny Calcedo	Salvaguarda	David Galfría

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			


<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea Correo Nacional: 018000910303





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/20	Mery Cameb	Garagosa	Dona Gaitiva

Calificación del evaluador: 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		X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	2
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	90%	

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01800010332  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/20	Diana Gutierrez	Galapagos	Armando Dominguez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100.		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



5.1.7 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Guateque

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25-9-2020	Yaniba Velasquez	farm Guateque	

Calificación del evaluador: 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.				
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos				
3	Realiza cambio de guantes por paciente				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	+			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	+			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)				

<b>TOTAL</b>				
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad Control Normativa 01800010303

**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GD)003/21
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/20/2020	Melissa Pupo	Asistencia	

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
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.	✓			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	✓			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	✓			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	✓			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	✓			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	✓			


<b>TOTAL</b>	100		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Cometa No. 10001-0003  
 Bogotá, D.C. - Teléfono: (57) 201 9000  
 www.supersalud.gov.co

**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/09/2020	Yoly Muñoz P.	Administrativ	


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>	15			<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 016000190332  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GD)003/
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1-10-2020	Daniela Castro	Asistencial	Daniel Cuel

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			


<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



**5.1.8 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Soatá**

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	FLOR ISABEL SERRANO	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES

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			uso de monogafas y protección respiratoria N95 en procedimientos de laboratorio.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			Se realiza pedido mensual
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			se cuenta con piezas graficas de colacion y refiro adecuado de los EPP.
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

TOTAL	C	NC	NA	PUNTAJE	
	14	0	1	0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	MARIA PAULA CAMPOS	A SISTENICIAL	DEISY LILIANA ESTEVES

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			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 Y VICERA FACIAL
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o 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			Se realiza pedido mensual
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			se cuenta con piezas graficas de colocacion y retiro adecuado de los epp
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)		x		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X			

TOTAL	15	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	

PUNTAJE	
0%- 80%	NO CUMPLIDO
80%- 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
	Versión: 1
	oct-18
	1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO	ADMINISTRATIVA	DEISY LILIANA ESTEVES

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	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			usa protección respiratoria convencional Y Visera facial
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 overalls impermeable durante los procedimientos que x quedan generar salpicaduras				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de x trabajo.				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 x accesible (locker individuales).				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				Se realiza pedido mensual
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador. x				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y x conservación de los E.P.P.				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. x				se cuenta con piezas graficas de colacion y retiro adecuado de los epp
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, x				
12	Utiliza calzado cerrado x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres) x				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias x				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas			X	realiza labor administrativa

<b>TOTAL</b>	11	1	3
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	91%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 0800010303  
**VIGILADO**




	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTEC</b>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

FECHA	NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD
1/10/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ	ADMINISTRATIVA

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR		
		C	NC	NA
1	Utiliza visera facial, monogaras y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar	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	x		
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x		
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x		
12	Utiliza calzado cerrado	x		
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x		
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas.			x
<b>TOTAL</b>		12	0	3



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTH027
		Versión: 1
		oct-18 1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	DEIBY LILIANA ESTEVE S	ADMINISTRATIVA	DEIBY LILIANA ESTEVE S

Calificación del evaluador: Marque con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.				uso de protección respiratoria para atención de pacientes manera presencial, RESPIRADOR m500 con filtro m400
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			Se realiza pedido mensual
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			se cuenta con piezas gratis de cadación y retiro adecuado de los epp
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

<b>TOTAL</b>	14	1
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple) Total de criterios evaluados * 100)	100%	

PUNTAJE	
0%-80%	NO CUMPLIDO
80%-84%	ACEPTABLE
86%-100%	SOBRESALIENTE



4.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Meta

5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Villavicencio

	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL		F(GTH)027
			Versión: 1
			oct-18
			1 DE 1

FECHA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	ÁREA / UNIDAD:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:
1/10/2020	windy Gastan	Asistencial	Thoan Santana

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO:	CALIFICACION DEL EVALUADOR:			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			usa los EPP ya que atiende usuarios presenciales
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje total cumple / total de ítems evaluados x 100)	14 0 1 100%	<b>PUNTAJE</b> 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
 VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL		FIGTH)027
			Versión: 1
			oct-18
			1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Gabriel Babilonia	Asistencial	Jhoan Santana

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.				
2	Utiliza las guantas específicas para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.			X	
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.			X	LOS EPP SON DESECHABLES
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias			X	
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X			

<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> Puntaje total (cumple) / total de criterios evaluados = 100%	9 0 6 100%	<b>PUNTAJE</b> 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
---------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Normativa: 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
1/10/2020	Ingrith Corderos	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación de evaluador:  Cumple  No cumple  No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Realiza cambio de guantes por paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los EPP son desechables
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Utiliza calzado cerrado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje total / número de criterios evaluados x 100)	10 0 5 100%	<b>PUNTAJE</b> 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
--------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Ange Machado	Asistencia	Jhoan Santana

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		S	C	N	
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			Los EPP son desechables
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas lapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

PUNTAJE 10 0 5 100%	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
---------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

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
1/10/2020	Daniela Carreño	Admin	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marque con un (X) según sus calificaciones: 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			LOS EPP SON DESECHABLES
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje de cumplimiento de criterios evaluados / Total)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL		F(GTH)027
			Versión: 1
			oct-18
			1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Yuli Beltran	Admin	Jhoan Santana

Calificación de evaluado: Marque con una X los requisitos y calificaciones. C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			uso los EPP ya que aprende usuarios presenciales
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	LOS EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	100%	PUNTAJE	NO CUMPLIDO
Puntaje total cumple / total de criterios evaluados	100%		ACEPTABLE
			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	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Aura Roa	Admin	JUAN SANTANA

Calificación de evaluado: Marca con (X) si cumple, (N) si no cumple, (NA) No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	N	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			LOS EPP son desechables
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se 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	

<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> Puntaje total cumplido / total de ítemos evaluados x 100	10 / 15 100%	<b>PUNTAJE</b> 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 0 800 091 0303  
**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
1/10/2020	Paola Tulibila	Asistencial	JUDAN SANTANA

Calificación del evaluado: Marque con una X en las siguientes calificaciones: C=Cumplido, NC=No Cumplido, 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			Los EPP son desechables
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran,	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje para Cumplido / total de criterios evaluados x 100%)	10 / 10 = 100%	<b>PUNTAJE</b> 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE
----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Diego Bocanegra	Admin	Jhoan Santana

Calificación del evaluado: Marcan con un (x) según sus calificaciones: C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas (tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO			
Puntaje total cumplido / Puntaje total de criterios evaluados			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Dorwin Gomez	Asistencial	Jhoan Santara

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NG: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	0	1
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 60%	NO CUMPLIDO
60% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Corina Naranjo, 01800010302  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	YEINI NEVADO	ASISTENCIAL	JHOAN SANTANA

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equiva a su calificación as: 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	Y			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			usa los EPP ya que atiende usuarios presenciales
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	Y			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	Y			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	14	0	1
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	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
1/10/2020	Johana Cordoba	Asistencial	Jhoan Santana


Calificación del evaluado: Marcan con una X según sus calificaciones: C=Cumple, NC=No cumple, NA=No aplica

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas (tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	14	0	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje logrado / total de criterios evaluados x 100)	100%		
PUNTAJE			
0% - 80%	NO CUMPLIDO		
80% - 94%	ACEPTABLE		
95% - 100%	SOBRESALIENTE		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Karina Arango	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis a su calificación es: C= Cumpla, 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
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	CESOR GUERRERO	Asistencial	JHOAN SANTANA

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	0	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
1/10/2020	MARIA NAVARRO	Asistencia	Jhoan Santana

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			usa los EPP ya que atiende usuarios presenciales
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Toddy Torres	Asistencial	Jhoan Santana

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			usa los EPP ya que atiende usuarios presenciales
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	14	0	1
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		
<b>PUNTAJE</b>			
0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>		
80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>		
95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Soledad Linares	ADMIA	JHOAN SANTANA

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) según si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).				Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de errores evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
1/10/2020	Ruth Barquera	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) según 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	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
1/10/2020	TERRY GUTIERREZ	Asistencial	JHOAN SANTANA

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			usa los EPP cuando atiende los usuarios
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	11	0	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumplido)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Marcela Acuña	Asistencial	Jhoan Santana

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	LOS EPP SON DESECHABLES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E. P. P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de ítems evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Paola Galindo	Asistencial	Jhoan Santana

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	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303  
 Línea de Consulta Normativa: 01800010302  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
1/10/2020	Geicia Torres	Asistencial	Jhoan Santana

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	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	Y			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	Y			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de ítems evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 010001910332  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Sandra Peñaloza	Admin	Jhoan Santana


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	LOS EPP SON desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Miguel Reina	Admin	Jhoan Santana


Calificación del evaluador: Marcar con una (X) equis 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	LOS EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	DUAN VILLEGAS	Admin	JHOAN SANTANA

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			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	LOS EPP SON DESECHABLES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	9	0	6
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total cumplido / Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Karen Melo	Admin	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) aquí si su calificación es: C= Cumple MC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	MC	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	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	ELEN DÍAZ	Admin	Jhoan Santana


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	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 0200019033  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
1/16/2020	Jose ROMERO	Asistencia	JHOAN SANTANA

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		X	
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	4	0	6	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>
				80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>
				95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Carolina Barbosa	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador; Marcar 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 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	LOS EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 0 800 017033  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2010	RUBY RUIZ	Asistencia	JUAN SANTANA

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) equis 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	LOS EPP SON RESECCABLES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Yousie Sobogal	Asistencial	JHOON SANTANA


Calificación del evaluador: Marcar con una (X) según la calificación es: C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X		/	
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	14	0	1
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/10/2020	Ivan Puentes	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) según su calificación es: C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

<b>TOTAL</b>	13	0	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 0800901033  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Wilmer Velasquez	Asistencial	Jhoan Santana

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	

<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	<b>100%</b>			<b>0% - 80%</b>	<b>NO CUMPLIDO</b>
				<b>80% - 94%</b>	<b>ACEPTABLE</b>
				<b>95% - 100%</b>	<b>SOBRESALIENTE</b>



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
01/10/2020	Leidy Velazquez	Asistencial	JHOAN SANTANA

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	

<b>TOTAL</b>	14	0	1
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	Diana Roa	Asistencial	Jhoan Santana

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			usa los EPP ya que atiende a usuarios presenciales
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumplido) / 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**



#### 4.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán


FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
1/10/2020		LEIDY MORALES		REGENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
1/10/2020		LILIANAN ROJAS		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b>		90%			0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>	
<b>(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)</b>					80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>	
					95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>	






		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
1/10/2020		SANDRA PATIÑO		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>	
					80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>	
					95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>	



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
1/10/2020		LIZ MADRID		MEDICO		SANDRA PATIÑO	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



#### 4.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	ESPERANZA GUERRERO	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS R

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	los procedimiento que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	X			
2	procedimientos con covid-19			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19			X	
5	Evita utilizar los elementos de proteccion individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			LA SEDE NO CUENTA CON LOKER
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	X			
10	reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	X			
11	realiza el adeacudo 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 especificos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	11	0	4	<b>PUNTAJE</b>	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b>				80% - 94%	ACEPTABLE
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	OLINDA MURILLO	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS R

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			LA SEDE NO CUENTA CON LOKER
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	11	0	4	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





**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
1/10/2020	DIANA SANCHEZ	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS R


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			LA SEDE NO CUENTA CON LOKER
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033  
 Línea de Consulta Nacional: 01800091033  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	MARIAN CASTRO	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS R

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			LA SEDE NO CUENTA CON LOKER
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	DIEGO BARON	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS R

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			LA SEDE NO CUENTA CON LOKER
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	0	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	HERNAN RAMOS	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS R

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			LA SEDE NO CUENTA CON LOKER
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	0	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
1/10/2020	JAVIER HERRERA	FARMACIA	ANDREA SANTOS R


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			LA SEDE NO CUENTA CON LOKER
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	


<b>TOTAL</b>	11	0	4	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE




### 4.2.3 Inspección uso de elementos de protección personal sede Acacias

		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
1/10/2020		NOHORA ALEJANDRA PIRABAN		ADMINISTRATIVA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	AL ESTAR EN CONTACTO DIRECTO CON USUARIOS, SE LE SUMINISTRA DE FORMA SEMANAL		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
<b>TOTAL</b>		12	0	3	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
1/10/2020		IMNA MENDIETA CONTRERAS		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	4	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
1/10/2020		LILIANA FONSECA		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	4	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
1/10/2020		DAMARIS ESTRADA CAICEDO		FARMACIA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	SE HACE ENTREGA DE MANERA SEMANAL		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.		X		PENDIENTE CAPACITACION		
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		10	1	4	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		91%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria  
 Línea Control Nacional: 01800010332  
**VIGILADO**



4.2.4 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	
1/10/2020		MARLY GOMEZ		REGENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
1/10/2020		MARGARITA ZAMBRANO		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




### 4.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare


FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/09/2020		Sandra Torres		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		13	0	2			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					<b>PUNTAJE</b>		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	





		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
28/09/2020		Cesar Duarte		Asistencial		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			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			
<b>TOTAL</b>		13	0	2	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80% <b>NO CUMPLIDO</b>		
					80% - 94% <b>ACEPTABLE</b>		
					95% - 100% <b>SOBRESALIENTE</b>		



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
28/09/2020		Vanessa Charris		Asistencial		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Jefe de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/09/2020		Maria Alejandra Vargas Palacios		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/09/2020		Henry Dario Uva Pelayo		Asistencial		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			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			
<b>TOTAL</b>		13	0	2	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/09/2020		Natalia Cediel		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/09/2020		AMERIDA BARRERA TOLOSA		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Coordinadora de Farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	4	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/09/2020		Oscar Jimenez		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueden generar salpicaduras.			X	Psicologo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores 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			
<b>TOTAL</b>		9	0	6			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					<b>PUNTAJE</b>		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 0180001910333  
**VIGILADO**




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/09/2020		Arlyn Ramirez		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar administrativo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X			
<b>TOTAL</b>		10	0	5			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					<b>PUNTAJE</b>		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	





		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
28/09/2020		Yorz Socha		Administrativo		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			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			
<b>TOTAL</b>		9	0	6	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
28/09/2020		Adriana Victoria Corredor		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		14	10	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/09/2020		Natalia Velasquez		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		x		Coordinadora de Sede		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x					
12	Utiliza calzado cerrado		x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		10	1	4	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93.33%			0% - 80% <b>NO CUMPLIDO</b>		
					80% - 94% <b>ACEPTABLE</b>		
					95% - 100% <b>SOBRESALIENTE</b>		



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
28/09/2020		Sara Nohemi Ojeda Parales		Admisnistrativo		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>	
					80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>	
					95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/09/2020		Martha Cordoba		Asistencial		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.		X		Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores 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			
<b>TOTAL</b>		10	1	4			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93%					
					<b>PUNTAJE</b>		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/09/2020		HELENA MALDONADO		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Regente de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	5			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					<b>PUNTAJE</b>		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800070303  
 VIGILADO




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/09/2020		Mariluz Martinez Alfonso		Admisnistrativo		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/09/2020		Nelsy Johana Miranda		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		x		Auxiliar de Farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x					
12	Utiliza calzado cerrado		x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		10	1	4	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	





		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027 Versión: 1 oct-18 1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
28/09/2020	Zully Mariana Hernandez	Administrativo	Ysella Gonzalez			
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Aprendiz Sena	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado		X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X		
<b>TOTAL</b>		10	1	4	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



### 4.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal



VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 01800091030

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"





**VIGILADO**  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030  
Línea de Consulta Nacional: 01800091030

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



“Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario”





## 5. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES

### 6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá

#### 6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja

FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar serología (Marcar con una X las variables que se aplican)									
				Existe consumo de medicamentos orofarmacológicos o acetaminofén	Ha tenido contacto cercano con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario	
25-09-20	Diana Aponte	Aprendiz	Adminis	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana A.
25-09-20	Daniela Sosa	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela S.
25-09-20	Karen Grasso	Aprendiz	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karen G.
25-09-20	Juan Hiparce	Ing. Soporte	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan H.
25-09-20	Olivera Napoles	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivera N.
25-09-20	Andrés Parada	Analista for	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés P.
25-09-20	Sabrina	Analista SSJ	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sabrina
25-09-20	Elonora	Coord. Admin. Tib.	Admin	NO	NO	36.2	SI	SI	NO	SI	NO	NO	Elonora
25-09-20	Joseph Barro	Ax Admin 1	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Joseph B.
25-09-20	Flora T.	Aux. de	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Flora T.
25-09-20	Erilyn C.	ASISTENTE	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erilyn C.
25-09-20	Claudia Rodríguez	Ax Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R.
25-09-20	Nubia Alvarez	Coord Sede	C-Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nubia A.
26-09-20	Daniela Sosa	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela S.
26-09-20	Diana Aponte	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana A.
26-09-20	Karen Grasso	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karen G.
26-09-20	Claudia R.	Aux admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033  
 Línea Correo Nacional: 01800091033  
**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 epidemiología (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	Ondrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario		
26-09-2020	Diego Maza Diaz	Asp. Asist. I	Asp. Asist. I	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	No	Diego Maza
26-09-2020	Sabrina Ochoa	Analista SI	Admin	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	No	Sabrina Ochoa
26-09-2020	Valeria	Dev A	Dev	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	No	Valeria
23-09-2020	Juan Higuer	Ing. Sup. de	Admin	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	No	Juan Higuer
28-09-2020	Sabrina Ochoa	Analista SI	Admin	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	No	Sabrina Ochoa
28-09-2020	Diana Arante	Aspirante	Admin	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	No	Diana Arante
28-09-2020	Jazeth Becerra	Asp. Admin.	Admin	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	No	Jazeth Becerra
28-09-2020	Karen Ferrera	Aspirante	Admin	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	No	Karen Ferrera
28-09-2020	Andrés Forero	Aspirante For	Admin	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	No	Andrés Forero
28-09-2020	Claudia Rodríguez	Asp. Admin.	Admin	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	No	Claudia Rodríguez
23-09-2020	Marcialdo López	Asp. Admin.	Admin	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	No	Marcialdo López
28-09-2020	Lizy Yasmín Sosa	Asp. Enfermería	Asistencia	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	No	Lizy Yasmín Sosa
28-09-2020	Quilaci	Dev y Adm.	Dev	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	No	Quilaci
28-09-2020	Dominica Saizel	Aspirante	Admin	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	No	Dominica Saizel
29-09-2020	Elvira Morales	Asp. Admin. T.I.	Admin	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	No	Elvira Morales
29-09-2020	Blanca Vasquez	Recep. Sede	Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	No	Blanca Vasquez
29-09-2020	Juan Higuer	Ing. Sup. de	Admin	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	No	Juan Higuer

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 epidemiología (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	Ondrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario		
25-09-2020	Ang Silvio Peña	Asp. Farmacia	Farmacia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	No	Ang Silvio Peña
25-09-2020	Diana Guerrero	Asp. Farmacia	Asistencia	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	No	Diana Guerrero
25-09-2020	Yoliana Arias	Asp. Farmacia	Asistencia	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	No	Yoliana Arias
25-09-2020	Lashtis Tatis	Asp. Farmacia	Farmacia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	No	Lashtis Tatis
25-09-2020	Simp	Asp. Farm.	Farm.	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	No	Simp
25-09-2020	Nidia Saizel	Asp. Farmacia	Farmacia	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	No	Nidia Saizel
25-09-2020	Karen Linares	Recep. Sede	Farmacia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	No	Karen Linares
26-09-2020	Blanca Vasquez	Asp. Farmacia	Asistencia	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	No	Blanca Vasquez
26-09-2020	Nidia Saizel	Asp. Farmacia	Farmacia	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	No	Nidia Saizel
26-09-2020	Lashtis Tatis	Asp. Farmacia	Farmacia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	No	Lashtis Tatis
26-09-2020	Simp	Asp. Farm.	Farm.	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	No	Simp
26-09-2020	Juliana Arias	Asp. Farmacia	Asistencia	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	No	Juliana Arias
28-09-2020	Juliana Arias	Asp. Farmacia	Asistencia	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	No	Juliana Arias
28-09-2020	Nidia Saizel	Asp. Farmacia	Farmacia	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	No	Nidia Saizel
28-09-2020	Lashtis Tatis	Asp. Farmacia	Farmacia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	No	Lashtis Tatis
28-09-2020	Simp	Asp. Farm.	Farm.	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	No	Simp
28-09-2020	Karen Linares	Recep. Sede	Farmacia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	No	Karen Linares

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01-800019030  
 Línea Correo Nacional: 01-800019030



(Jersalud) FIGA003  
Versión: 2  
may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estéril con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar e Informatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
28-09-20	Regina Guerrero	Aux Farmacia	ASISTENC	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Regina
28-09-20	San Juan	Aux Farm	ASISTENC	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	San Juan
28-09-20	Ana Silvia Peña N.	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Silvia P.
29-09-20	Duliana Arias	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Duliana
29-09-20	Kevin Barrantes	Regista Farm	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Kevin
29-09-20	Ana Silvia Peña	Aux farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Silvia P.
29-09-20	Nidia Salazar	Aux farmacia	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia
29-09-20	Regina Guerrero	Aux Farmacia	ASISTENC	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Regina
29-09-20	Esteban S	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Esteban
29-09-20	Nidia Salazar	Aux farmacia	Farmacia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia
29-09-20	San Juan	Aux Farm	Farm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	San Juan
30-09-20	Regina Guerrero	Aux Farmacia	ASISTENC	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Regina
30-09-20	Kevin Barrantes	Regista F	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Kevin
30-09-20	Ana Silvia Peña N.	Aux farmacia	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Silvia
30-09-20	Nidia Salazar	Aux farmacia	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia
30-09-20	Duliana Arias	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Duliana
30-09-20	San Juan	Aux Farm	Farm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	San Juan

(Jersalud) FIGA003  
Versión: 2  
may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estéril con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar e Informatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
27/09/20	Gilma Lozano	MD	CAT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Gilma
29/09/20	Luz Veloz	MD	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luz
29-09-20	Diana Ibarra	Aprendiz	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
29-09-20	Andrea Zúñiga	Aux. Admin	AdminCB	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea
29-09-20	Clara Montoya	MD	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Clara
29/09	Jessica Soto	MD	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica
29/09	Clara Blanca	MD	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Clara
29-9-20	Paola Borja	MD	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Paola
29-09-20	Alfonso Torres	MD	C.EXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Alfonso
29-09-20	Luz Cepeda	MD	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luz
29/09/20	Carolina	MD	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina
29-09-20	Sandra	MD	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
30/09/20	Jessica	MD	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica
30-09-20	Diana Patricia Rojas	Aux. S. General	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
30-09-20	Anderson David	Aux. Admin	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson
30-09-20	Juliana Herra	MD	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
30-09-20	Jel Pineda	MD	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jel
30/09/20	Ronica Fajardo	MD	C.EXT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Ronica
30/09/20	Diana Ibarra	Aprendiz	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Diana

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									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	Olofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
29-09-20	Delia Miquelato	Aux Administrativa	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Delia M
29-09-20	Sabina Cortes	Analista SST	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sabina C
29-09-20	Resma Cortes	Aux Adm	-	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Resma C
29-09-20	Lizbeth Suarez	Aux Enferme	Asisten	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lizbeth S
29-09-20	Claudia Pedraza	Aux Adm	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia P
29-09-20	Joseph Barrios	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Joseph B
29-09-20	Estefanie Jairo	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Estefanie J
29-09-20	Karen Grosse	Aprenziz	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karen G
29-09-20	Silvia Aparite	Aprenziz	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Silvia A
29-09-20	Maria Julia Lopez	Aux Adm	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria J
29-09-20	Glennys Lopez	Coordinadora	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glennys L
29-09-20	Daniela Suarez	Aprenziz	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela S
29-09-20	Andrés Parodi	Anal. for	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés P
30-09-20	Nubia Valencia	coord sede	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nubia V
30-09-20	Juan Héctor	Inq Super	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan H
30-09-20	Delia Miquelato	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Delia M
30-09-20	Diana Aparite	Aprenziz	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana A

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	Olofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
30-09-20	Lashs Tabo	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lashs T
30-09-20	Elvira P	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elvira P
30-09-20	Juan Carlos	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan C
01-10-20	Karin Lopez	Recepcionista	Farmacia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karin L
01-10-20	Juliana Arias	Aux Farmacia	Asisten	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana A
01-10-20	Sergio	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
01-10-20	Amelia Peña	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amelia P
01-10-20	Yvickia Siles	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yvickia S
01-10-20	Lashs Tabo	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lashs T
01-10-20	Vanessa Suarez	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Vanessa S
01-10-20	Juliana Moreno	SI AU	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana M
01-10-20													

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Coram Nacional: 01800019333  
VIGILADO







Jersalud | **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** | FIGAA003  
 Versión: 2  
 may-20  
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar serología (Marcar con una X) las variables que aplique									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antivirales o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ostralgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
30-09-20	María Rodríguez	Aux. admín	C. Ext. adm.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mari
30-09-20	Joel Durán	M.D.	CE	N	N	36.5	N	N	N	N	N	N	Joel
01/10/20	Honora Torres	M.D.	Cent	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Honora
01/10/20	Anderson Correa	Aux. admín	Cent	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson
01-10/20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
01-10-20	Paola García	ADM	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paola
01/10/20	Gilberto	ADM	Cent	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gilberto
1/10	Sancho Biver	Médico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sancho
1/10	Claudia Bravo	M.D.	Cent	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
04-09-20	Andrea Zapa	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea
01-10-2020	Alfredo Rodríguez	Of. Especial	Cent	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alfredo
01-10-20	John Jara	M.D.	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John
01-10-20	Sergio	M.D.	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
01/10/20	Isabella	M.D.	Cent	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabella
01/10/20	Ferron G.	Médico	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ferron
01/10/20	Honora Torres	Médico	Cent	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Honora
01.10.2020	Alfredo Rodríguez	M.D.	Cent	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alfredo

Jersalud | **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** | FIGAA003  
 Versión: 2  
 may-20  
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar serología (Marcar con una X) las variables que aplique									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antivirales o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ostralgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
10-10	Albino Sánchez	Médico SSI	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Albino
11/10/20	Elvira Aguilar	Coord. adm. TH	Admin	NO	NO	36.5	S.	S.	NO	S.	NO	NO	Elvira
10/10/20	Selva Alicia Cepeda	ADM TH	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Selva
11/10/20	Pompeo Vozzani	Gerencia	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Pompeo

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01800019333



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófilos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinofagia	Fatiga y Adinamia			
01/09/20	Diego Pineda	Profesional	Def	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
01/09/20	Andrés Ochoa	Asst. Adm	CEXT	NO	NO	36.20	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

**6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Duitama**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófilos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinofagia	Fatiga y Adinamia			
24-09-20	Diana Acevedo	ENFERMERA	ASIS	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
24/09/20	Diana Acevedo	Aux ADM	ADM	NO	NO	30.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
24-09-20	Glenn Avelar	coordinadora	Asistón	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
24-9-20	Lina Ataque	Aux Adm	ADM	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
24-09-20	Hedy Triana	Aux Admin.	Admin.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
24-09-20	Julia Zabalza	Reg Fee	ASIS	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
24-09	Alejandra Pinzon	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-09-20	Hiram Buitrago	Aux Fee	ASIS	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-9-20	Lina Ataque	Aux Adm	ADM	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que 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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
24-09-20	Diana Aceo	Enfermera	Asist.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A
24-09-20	Diana Aceo	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA C
24-09-20	Lina Aceo	Aux Adm	Adm	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	LINA
24-09-20	Myriam Baring	Aux Fcia	Asist	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	MYRIAM
24-09-20	Sonia Pro	Aux Fama	Asist	NO	NO	36.2°	NO	NO	NO	NO	NO	SONIA
24-09-20	Hedely Triana	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	HEDELY
24-09-20	Olivia Gutierrez	Médico	Asst	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	OLIVIA
24-09-20	Sofia Chaparro	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	SOFIA
24-09-20	Alejandra Pino	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	ALEXANDRA
24-09-20	Lina Zubala	Reg Fca	Asst	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	LINA

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)								
				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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
25-09-20	Lina Zubala	Reg Fca	Asst	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	LINA
25-09-20	Sonia Pino	Aux. Fama	Asist.	NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	SONIA
25-09-20	Hedely Triana	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	HEDELY
25-09-20	Sofia Chaparro	Aux Adm	Asst	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	SOFIA
25-09-20	Diana Aceo	Enfermera	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A
25-09-20	Diana Aceo	Aux Adm	Adm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA C
25-9-20	Lina Aceo	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	LINA
25-9-20	Myriam B	Aux. Fcia	Asist	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	MYRIAM
25-9-20	Olivia Gutierrez	Médico	Asst	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	OLIVIA
25-09-20	Alejandra Pino	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	ALEXANDRA

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, 05 de Septiembre del 2020  
 C. Lic. Carolina Rodríguez, 01880019033

**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1			
												salida			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario		
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por rascos conocidos	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrejaga	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?				
25-09-20	Lina Arroyo	Aux Admin	Adm	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Arroyo
25/09/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Chaparro
25/09/20	Alejandra Pinzon	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Pinzon
25/09/20	Olivera P. Acero	Enfermera	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivera
25-09-20	Hedaly Triana	Aux Admin	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Triana
25-09-20	Jairo Zabala	Reg Fer	Asst	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Zabala

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1			
												ENTRADA			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario		
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por rascos conocidos	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrejaga	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?				
26-09-20	Hedaly Triana	Aux Admin	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Triana
26/09/20	Diana Acero	Enfermera	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A
26/09/20	Diana Cerredo	Aux. Enf.	Asist	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA C.
SALIDA															
26-09-20	Hedaly Triana	Aux Admin	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Triana
26/09/20	Diana Acero	Asistente	Enferm	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A
26/09/20	Diana Cerredo	AUX. ENF	ASIST	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Electrónico: 018000910302  
 018000910302  
**VIGILADO**



(Jersalud) FIGA003  
Versión 2  
may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES **Enteidos**

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondezaga	Fatiga y Adinamia			
28-09-20	Glenn Averlan	coordinador	Asistencia	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-09-20	Alexandra Parro	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-9-20	Lina Niño	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-09-20	Hidalvy Triana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Sofía Charro	Aux. Adm	Apren	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Sonia Pina	Aux. farmacia	Asisten	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Quelido Cuba	Méster	Adm	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Diana Acero	Enfermera	Asisten	NO	NO	36.2	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Diana Mercado	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

(Jersalud) may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES **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	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondezaga	Fatiga y Adinamia			
28-09-20	Hidalvy Triana	Aux Admin	Admin.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-09-20	Glenn Averlan	Coordinador	Asiste	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Diana Acero	Enfermera	Asiste	NO	NO	36	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Sofía Charro	Aux. Adm	Apren	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Diana Mercado	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-9-20	Lina Niño	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 018000191333  
**VIGILADO**



**BILBAVA**

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)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	riso físico contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo contacto	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeo/taje	Falga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	
29/09/20	Lydia Buitrago	Boxteja	B. Sist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Diana Acevedo	enfermera	Asis	NO	NO	36.4	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Olivia Cadenas	As. Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Yolanda Chiriquo	Aspirante	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Hidaly Triana	Aux Admin	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Luz Arce	Aux Adm	Adm	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Glenda Arce	coordinadora	Asisten	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Luz Zabala	Reg Fa	Asri	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Alejandra Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Luz Arce	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**BILBAVA**

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)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	riso físico contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo contacto	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeo/taje	Falga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	
29/09/20	Lydia Buitrago	Boxteja	B. Sist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Diana Acevedo	enfermera	Asis	NO	NO	36.4	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Olivia Cadenas	As. Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Yolanda Chiriquo	Aspirante	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Hidaly Triana	Aux Admin	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Luz Arce	Aux Adm	Adm	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Glenda Arce	coordinadora	Asisten	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Luz Zabala	Reg Fa	Asri	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Alejandra Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/20	Luz Arce	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
											SALIDA	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
29-09-20	Hedaly Tronco	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Heidi
29-09-20	Alejandra Pimón	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Heidi
29-09-20	Sofía Chaparro	Aux Adm	Apren	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
29-09-20	Luis Zabala	Reg Fac	Asis	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Heidi
29/09/20	Diana Arco	Enfermera	Asist	NO	NO	36.7	SI	NO	NO	NO	NO	Diana
29/09/20	Diana Arco	Aux adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Diana

Entrada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
30-09-20	Luis Zabala	Reg Fac	Asis	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Heidi
30/09/20	Diana Arco	Enfermera	Asist.	NO	NO	36	SI	NO	NO	NO	NO	Diana
30/09/20	Sofía Chaparro	Aux. Adm	Apren	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Diana
30/09/20	Diana Arco	Aux adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
30-9-20	Luis Arco	Aux Adm	Adm	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Heidi
30-9-20	Glenn Arce	Coordinador	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Heidi
30/09/20	Luis Arco	Aux Fac	Asis	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Heidi
30-09-20	Hedaly Tronco	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Heidi
30-09-20	Alejandra Pimón	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Heidi
30-09-20	Glenn Arce	Médico	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Heidi

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, 01 de Septiembre del 2020  
 C.I. 01000190383  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA0003 Versión 3 mar-20 1 DE 1	
											SAUDIA	
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	Ondinagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
30/09/20	Sofía Chaparro	Aux. Adm	Apren	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Duff
30/09/20	Alejandra Pinzon	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	RFP
30/09/20	Hidalay Triana	Aux. Adm	Adm	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	muerto
30/09/20	Diana Cercado	Aux. Adm	Asste	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/20	<del>Priscilla Pizarro</del>	<del>Aux. Fcia</del>	<del>Asst</del>	<del>NO</del>	<del>NO</del>	<del>36</del>	<del>NO</del>	<del>NO</del>	<del>NO</del>	<del>NO</del>	<del>NO</del>	<del></del>
30/09/20	Alicia Zalcedo	Reg. Fi	Asst	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Al
30/09/20	Aim Arcego	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	dm

6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Sogamoso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA0003 Versión 3 mar-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	Ondinagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
25-09	Dina Rosero	Aux. Adm	Hum. Fiebre	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Da
25-09	Luis Quiñ	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	luis
25-09	Macaranda P	Aux. Adm	Hum	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	AME
25-09	Sergio Galy	Regente	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
25-9	Deyana D	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Da
25/09/20	Milena Punteo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	Milena P
25/09/20	Dorlene Dorlene Cáceres	Aux. Post	Farmac	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Dorlene
25-9-20	Cesar Camacho	NO	Coj	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
25-09-20	Alexandra Méndez	cooper	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
25-09-20	Cler Hernandez	mañ	CE	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Cler
25-09	Sandra Hlavas	Aux. Activo	Linea Fiebre	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
25-09-20	Deborah Rivero	medico	Cent	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Deborah
25-9-20	Elidun Deagun	Medico	C-ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Elidun
25-09-20	Sergio Galy	Regente	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otra entidad?		
26-09	Dina Romero	Aux. Activo	Área Fronte	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dina
26-09	Luis Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
26/09/20	MILGA QUIROGA	ANESTESIA	ANESTESIA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILGA
26-9-20	Montana B	Aux. Adm	SICV	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Montana
26-9-20	Diana Ospina	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
26-09-20	Carimen Cáceres	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carimen
26/09	Celestina	moder	CERT	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Celestina
26.9.20	Elida De la Cruz	Medicor	CERT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elida

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otra entidad?		
28-09	Sandra Melero	Aux. Activo	Área Fronte	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
28-09	Monstano B	Aux. Adm	SICV	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monstano
28-09	Luis Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
28-9	Diana Ospina	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
28-9-20	Carmen Cáceres	CERT	CERT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carmen
28-09	Celestina	moder	CERT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Celestina
28-09	Dora (Balmaceda) Fronte	COORD.	CERT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dora
28-09	Dina Romero	Aux. Activo	Área Fronte	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dina
28/09/20	Carimen Cáceres	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carimen
28/09/20	Sergio Galán	Reporte	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
28/9/20	Sebastian Lobo	Medicor	CERT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
28/9/20	Elida De la Cruz	Medicor	CERT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elida

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 mar-20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odoraje	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en una entidad?	Firma del funcionario
29-09	Olivia Romero	Aux Aditus	Linea Frente	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
29-09	María Constanza B	Aux Adit	NOV	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	MARIB
29-09	Luis Gudiño	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Luis G
29-09-20	Cesar Corral	NO	CENT	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
29-09-20	CCxt	medico	CCxt	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Si
29-9-20	Darwin	Aux Farm	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Darwin
29-09-20	Sergio Gily	Regente	Farmacia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
29-09-20	María Inés	COORD.	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	María
29-09	Sandra Helena	Aux Aditus	Linea Frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
29-09	Carmen Caceres	Aux Fact	Farm	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Carmen
29-09-20	Sebastian Riera	Medico	Cent	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
29-9-20	Elida Deaguz	Medico	Cent	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Elida

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 mar-20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odoraje	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en una entidad?	Firma del funcionario
30-09	Sandra Helena	Aux Aditus	Linea Frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
30-09-20	María Constanza B	Aux Adit	NOV	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	MARIB
30-9	Luis Gudiño	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Luis G
30-09-20	Milena Quimbay	ENFERMERA	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Milena
30-9-20	Darwin	Aux Farm	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Darwin
30-9-20	Cesar Corral	NO	CENT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
30-9-20	Deisy Carolina	COORD.	Admin	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
30-09-20	Celestina Herrera	medico	CCxt	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Si
30-09-20	Sergio Gily	Regente	Farmacia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
30-09	Olivia Romero	Aux Aditus	Linea Frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
30-09-20	Carmen Caceres	Aux Fact	Farm	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	Carmen
30-09-20	Sebastian Riera	medico	Cent	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
30-9-20	Elida Deaguz	Medico	C.EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Elida
30-9-20	Deisy Viquez	COORD. enfermeria	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
01-10	Sandra Helena	Aux Adm	L Front	No	No	36,2	No	No	No	No	No	[Firma]
01-10	Monzonzo D	Aux Ad	Sron	No	No	36,4	No	No	No	No	No	[Firma]
01-10	Leidy Joha	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35,8	No	No	No	No	No	[Firma]
1-10	Danyela	Aux. Farm	Farma	No	No	36,1	No	No	No	No	No	[Firma]
01-10	Carolina	MO	Cent	No	No	36,0	No	No	No	No	No	[Firma]
01-10-20	Day Virgo	Aux enfermeria	Quitarced	No	No	36,2	No	No	No	No	No	[Firma]
01-10-20	Pepe Conillo	MO	Cent	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
01-10-20	Polino	coord.	Cent	No	No	36,5	No	No	No	No	No	[Firma]
1-10-20	Van Roxice	psicologo	Cent	No	No	36,3	No	No	No	No	No	[Firma]
1-10-20	Alba Romero	Aux Adm	Línea Fronte	No	No	35,9	No	No	No	No	No	[Firma]
01-10-20	Sergio Cely	Reparte	Farmacia	No	No	36,2	No	No	No	No	No	[Firma]
01-10-20	Sebastian Ruiz	Medico	Cent	No	No	36,1	No	No	No	No	No	[Firma]
1-10-20	Edin Deagus	Medico	Cent	No	No	36	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 sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
1/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	No	SI	No	No	No	No	[Firma]
2/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	No	SI	No	No	No	No	[Firma]
3/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	No	SI	No	No	No	No	[Firma]
4/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	35,4	No	No	No	No	No	[Firma]
5/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No		Sabado	Libre				
7/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	35,5	No	No	No	No	No	[Firma]
8/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
9/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36,4	No	No	No	No	No	[Firma]
10/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36,5	No	No	No	No	No	[Firma]
11/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
12/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
14/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
15/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	35,4	No	No	No	No	No	[Firma]
16/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
17/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36,4	No	No	No	No	No	[Firma]
18/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36,4	No	No	No	No	No	[Firma]
19/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36,4	No	No	No	No	No	[Firma]
21/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36,4	No	No	No	No	No	[Firma]
22/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36	No	No	SI	No	No	[Firma]
23/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	SI	No	36	No	No	SI	SI	No	[Firma]
24/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	SI	No	36	No	No	SI	SI	No	[Firma]
25/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	34	No	No	No	No	No	[Firma]
29/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
30/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	SEDE	SEDE	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corredor Nacional: 01800019103030  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
4/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
7/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
8/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
19/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
24/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
26/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
28/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
4/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
7/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
8/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
19/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
24/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
26/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
28/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303  
 Línea Correo Electrónico: 01800010303



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
 Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Septiembre**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
1/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
2/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
3/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
4/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
5/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
7/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
8/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
9/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
10/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
11/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
12/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
14/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
15/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
16/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
17/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
18/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
19/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
21/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
22/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
23/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
24/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
25/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
26/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
28/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
29/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
30/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
1/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
2/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
3/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
4/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
5/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
7/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
8/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
9/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
10/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
11/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
12/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
14/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
15/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
16/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
17/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.1°C	Poca tos	NO	NO	NO	NO	MILADY
18/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
19/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
21/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
22/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
23/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
24/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
25/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
26/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
28/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
29/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
30/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019033  
 Línea Correo Electrónico: 01800019033

**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													
											FIGAAR003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	34.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	35.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	34.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	35.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	34.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	34.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGAAR003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	[Firma]
2/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	[Firma]
3/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	37°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	37.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea Correo Electrónico: 018000910303



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAARD3 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	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
2/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
3/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
4/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
5/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
7/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
8/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
9/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
10/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
11/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
12/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
14/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
15/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
16/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
17/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
18/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
19/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
21/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
22/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
23/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
24/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
25/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
26/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
28/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
29/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
30/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley

**6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Garagoa**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAARD3 Versión 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
30-09-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
01-10-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
02-10-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
28-9-20	Fanny Carcedo	Enfer Aux	Asistecia	NO	NO	37°	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
28-9-20	Fanny Carcedo	Enfer Aux	Asistecia	NO	NO	37°	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
29-9-20	Fanny Carcedo	Enfer Aux	Asistecia	NO	NO	37°	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
29-9-20	Fanny Carcedo	Enfer Aux	Asistecia	NO	NO	37°	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
30-9-20	Fanny Carcedo	Enfer Aux	Asistecia	NO	NO	37°	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
30-9-20	Fanny Carcedo	Enfer Aux	Asistecia	NO	NO	36.5°	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
01-10-20	Fanny Carcedo	Enfer Aux	Asistecia	NO	NO	37°	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny
01-10-20	Fanny Carcedo	Enfer Aux	Asistecia	NO	NO	37°	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Central Nacional: 01800010333



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGURA 003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido 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	Ondrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
28-09-2020	Armando I. Dominguez	Médico	C.E	No	No	No	No	No	No	No	No	
28-09-2020	Armando I. Dominguez	Médico	C.E	No	No	No	No	No	No	No	No	
29-09-2020	Armando I. Dominguez	Médico	C.E	No	No	No	No	No	No	No	No	
29-09-2020	Armando I. Dominguez	Médico	C.E	No	No	No	No	No	No	No	No	
30-09-2020	Armando I. Dominguez	Médico	C.E	No	No	No	No	No	No	No	No	
30-09-2020	Armando I. Dominguez	Médico	C.E	No	No	No	No	No	No	No	No	
01-10-2020	Armando I. Dominguez	Médico	C.E	No	No	No	No	No	No	No	No	
01-10-2020	Armando I. Dominguez	Médico	C.E	No	No	No	No	No	No	No	No	
25/09/20	Diana G.	Enferm.	C.E	No	No	No	No	No	No	No	No	
28/09/20	Diana G.	Enferm.	C.E	No	No	36°C	No	No	No	No	No	
29/09/20	Diana G.	Enferm.	C.E	No	No	36°C	No	No	No	No	No	
30/09/20	Diana G.	Enferm.	C.E	No	No	36°C	No	No	No	No	No	
01/10/20	Diana G.	Enferm.	C.E	No	No	36°C	No	No	No	No	No	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGURA 003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido 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	Ondrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
25-09-20	Leidy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	No	No	35°C	No	No	No	No	No	Leidy C
25-09-20	Leidy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	No	No	35.2°C	No	No	No	No	No	Leidy C
28-09-20	Leidy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	No	No	36°C	No	No	No	No	No	Leidy C
28-09-20	Leidy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	No	No	35°C	No	No	No	No	No	Leidy C
29-09-20	Leidy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	No	No	36°C	No	No	No	No	No	Leidy C
29-09-20	Leidy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	No	No	35.2°C	No	No	No	No	No	Leidy C
30-09-20	Leidy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	No	No	36°C	No	No	No	No	No	Leidy C
30-09-20	Leidy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	No	No	35°C	No	No	No	No	No	Leidy C
01-10-20	Leidy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	No	No	35°C	No	No	No	No	No	Leidy C
01-10-20	Leidy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	No	No	35°C	No	No	No	No	No	Leidy C
25-09-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	No	No	35.8°C	No	No	No	No	No	Mery C
25-09-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	No	No	36.5°C	No	No	No	No	No	Mery C
28-09-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	No	No	36.0°C	No	No	No	No	No	Mery C
28-09-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	No	No	36.7°C	No	No	No	No	No	Mery C
29-09-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	No	No	36.1°C	No	No	No	No	No	Mery C
29-09-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	No	No	36.6°C	No	No	No	No	No	Mery C
30-09-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	No	No	36.5°C	No	No	No	No	No	Mery C

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910332  
 Linea de Consulta Normativa: 01 8000 910333  
**VIGILADO**





6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Guateque

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA/003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 de 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que 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	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
25-9	Yanibe V.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanibe
25-sept	Yanibe V.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanibe
26-sept	Yanibe V.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanibe
28-sept	Yanibe V.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanibe
28-sept	Yanibe V.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanibe
29-sept	Yanibe V.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanibe
29-sept	Yanibe V.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanibe
30-sept	Yanibe V.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanibe
30-sept	Yanibe V.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanibe
1-oct	Yanibe V.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanibe
1-oct	Yanibe V.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanibe

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA/003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 de 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que 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	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
21/09/20	Melissa Pupo M	Medico General	Consultas	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
21/09/20	Melissa Pupo M	Medico General	Consultas	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
21/09/20	Melissa Pupo M	Medico General	Consultas	NO	NO	34.0	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
21/09/20	Melissa Pupo M	Medico General	Consultas	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
21/09/20	Melissa Pupo M	Medico General	Consultas	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
21/09/20	Melissa Pupo M	Medico General	Consultas	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
30/09/20	Melissa Pupo M	Medico General	Consultas	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
30/09/20	Melissa Pupo M	Medico General	Consultas	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
1/10/20	Melissa Pupo M	Medico General	Consultas	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
1/10/20	Melissa Pupo M	Medico General	Consultas	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odispepsia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?		
25-09-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
25-09-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
26-09-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
26-09-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	35.0	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
29-09-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
29-09-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
30-09-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
30-09-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
1-10-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	Daniela Castro
1-10-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	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	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	Odispepsia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?		
25/09/20	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Línea Frente	No	No	34.5	No	No	No	No	No	No	Yuly Muñoz
25/09/20	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Línea Frente	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	Yuly Muñoz
26/09/20	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Línea Frente	No	No	35.3	No	No	No	No	No	No	Yuly Muñoz
26/09/20	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Línea Frente	No	No	35.1	No	No	No	No	No	No	Yuly Muñoz
28/09/20	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Línea Frente	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Yuly Muñoz
28/09/20	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Línea Frente	No	No	37.0	No	No	No	No	No	No	Yuly Muñoz
29/09/20	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Línea Frente	No	No	35.2	No	No	No	No	No	No	Yuly Muñoz
29/09/20	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Línea Frente	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	Yuly Muñoz
30/09/20	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Línea Frente	No	No	35.3	No	No	No	No	No	No	Yuly Muñoz
30/09/20	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Línea Frente	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Yuly Muñoz
01/10/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Línea Frente	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Yuly Muñoz
01/10/20	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Línea Frente	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Yuly Muñoz

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Oficina Central, Calle Conde de Superhuanca 100, D.C.  
 Línea Central Nacional: 018000910333  
**VIGILADO**



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
25/09/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Linea frente	No	No	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	UO	Yuly M
25/09/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Linea frente	No	No	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly M
26/09/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Linea frente	No	No	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly M
26/09/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Linea frente	No	No	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly M
28/09/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Linea frente	No	No	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly M
28/09/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Linea frente	No	No	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly M
29/09/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Linea frente	No	No	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly M
29/09/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Linea frente	No	No	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly M
30/09/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Linea frente	No	No	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly M
30/09/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Linea frente	No	No	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly M
01/10/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Linea frente	No	No	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly M
02/10/2020	Yuly Muñoz R	Aux. Administrativa	Linea frente	No	No	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly M

6.1.7 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Soatá

Fecha		Nombres y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos 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
17/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	JAIMÉ ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	SI	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	JAIMÉ ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	JAIMÉ ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003 Versión: 2 may-20	
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	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia		
21/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	36.0	U	U	U	U	U	
21/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	36.4	U	U	U	U	U	
21/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	U	U	35.9	U	U	U	U	U	
21/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	U	U	36.1	U	U	U	U	U	
21/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	U	U	U	U	U	U	
21/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	U	U	U	U	U	U	
21/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	S	U	36.7	U	U	U	U	U	
21/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.1	U	U	U	U	U	
21/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.4	U	U	U	U	U	
21/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.5	U	U	U	U	U	
21/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	35.8	U	U	U	U	U	
21/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.2	U	U	U	U	U	
21/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.0	U	U	U	U	U	
21/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.3	U	U	U	U	U	
21/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	35.4	U	U	U	U	U	
21/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.6	U	U	U	U	U	
22/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	36.2	U	U	U	U	U	
22/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	36.5	U	U	U	U	U	
22/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	U	U	36.1	U	U	U	U	U	
22/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	U	U	35.7	U	U	U	U	U	
22/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	U	U	U	U	U	U	
22/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	U	U	U	U	U	U	
22/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.8	U	U	U	U	U	
22/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.7	U	U	U	U	U	
22/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.2	U	U	U	U	U	
22/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.5	U	U	U	U	U	
22/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.3	U	U	U	U	U	
22/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.6	U	U	U	U	U	
22/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	34.8	U	U	U	U	U	
22/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	35.3	U	U	U	U	U	
22/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	35.2	U	U	U	U	U	
22/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.00	U	U	U	U	U	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003 Versión: 2 may-20	
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	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia		
15/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	35.8	U	U	U	U	U	
17/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	36.5	U	U	U	U	U	
23/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	U	U	36.5	U	U	U	U	U	
23/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	U	U	36.7	U	U	U	U	U	
23/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	U	U	U	U	U	U	
23/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	U	U	U	U	U	U	
23/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.2	U	U	U	U	U	
23/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.7	U	U	U	U	U	
23/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.5	U	U	U	U	U	
23/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.6	U	U	U	U	U	
23/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.8	U	U	U	U	U	
23/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.5	U	U	U	U	U	
23/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.1	U	U	U	U	U	
23/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.4	U	U	U	U	U	
23/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	35.3	U	U	U	U	U	
23/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.5	U	U	U	U	U	
24/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	36.1	U	U	U	U	U	
24/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	U	U	36.5	U	U	U	U	U	
24/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	U	U	35.6	U	U	U	U	U	
24/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	U	U	36.1	U	U	U	U	U	
24/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.8	U	U	U	U	U	
24/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	U	U	U	U	U	U	
24/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.7	U	U	U	U	U	
24/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.3	U	U	U	U	U	
24/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.7	U	U	U	U	U	
24/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.2	U	U	U	U	U	
24/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.1	U	U	U	U	U	
24/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.4	U	U	U	U	U	
24/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	35.6	U	U	U	U	U	
24/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	U	U	35.7	U	U	U	U	U	
24/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	35.9	U	U	U	U	U	
24/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	U	U	36.0	U	U	U	U	U	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Corriente Nacional: 0180001910303



6.1.8 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Moniquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplica)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisnea	Fatiga y Adinamia				
2020-10-01	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-10-01	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-10-01	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-10-01	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-10-01	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-10-01	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5	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 acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplica)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisnea	Fatiga y Adinamia				
2020-09-30	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-30	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-30	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-30	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-30	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-30	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-30	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



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	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinofaringitis	Fatiga y Adinamia			
2020-09-29	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
2020-09-29	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
2020-09-29	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
2020-09-29	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
2020-09-29	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
2020-09-29	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>

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	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinofaringitis	Fatiga y Adinamia			
2020-09-28	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
2020-09-28	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
2020-09-28	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
2020-09-28	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
2020-09-28	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
2020-09-28	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAAN003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar a entomología (Marcar con una X las variaciones que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
2020-09-25	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-25	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-25	LEIDY YASMITH SAEZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-25	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-25	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSINESS	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-25	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-25	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**5.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta**  
**5.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAAN003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar a entomología (Marcar con una X las variaciones que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
1/10/20	MARCELA ALVAREZ	AUX enfermera	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	DADA GALINDO	Enfermera p.u.p	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	LILIANA CHACON	Bacteriologo	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	Sandra Penabaz	Prof calidad	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	Miguel Reina	Ing soporte tecnico	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	GRECIA TELLEZ	AUX enfermera	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	DIVAN VILLEGAS	Arquitecto de facturación	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	Daniela Diaz	Asistente SENA	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	Karen Melo	Jefa admín y TI	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	JOSE ROMERO	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	Blass Barreto	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1/10/20	Ruby Ruiz	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	Carolina Barbosa	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	Leidy Velazquez	medico general	Asistencial	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1/10/20	Ivona Puentes	medica general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1/10/20	Yanile Sabogal	medica general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	Wilther Velazquez	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1/10/20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	Camila Gomez	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/20	Patricia Camargo	Asistente fisico	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Wilder Novoa	reg farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Atención al Usuario: 018000910303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIRMADO Versión 2 may 20 T.O.E.1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está vacunado nacionalmente antifurioso o antideméjico	Ha leído o visto estricto con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar serología (Hacer con una X los variables que apliquen)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adinamia	Tuercas en una articulación	
1/10/20	Gabriel Bobadilla	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Ange Machado	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Daniela Carreño	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Alexandra Pardo	Aux Laboratorio	Asisten	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Yuli Beltran	Aux admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Aura Roa	Aux admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Paola Tubilla	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Diego Bocanegra	Aux admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Darwin Gomez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	
1/10/20	Jovana Cordoba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Karina Arango	Medico general	Asisten	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Cesar Guerrero	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Angelika Lorañaga	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Xenia Nevado	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	
1/10/20	Marcela Morales	Aux odontologo	Asisten	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Flor Castro	odontologo	Asisten	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Maria Navarro	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Toddy Torres	Enfermera Prof	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Mariana Rey	Traumatóloga	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Johana Urzua	Ambulante Fisico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Soledad Linares	coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Ruth Baguero	Jeefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Jenny Gutierrez	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIRMADO Versión 2 may 20 T.O.E.1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está vacunado nacionalmente antifurioso o antideméjico	Ha leído o visto estricto con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar serología (Hacer con una X los variables que apliquen)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adinamia	Tuercas en una articulación	
30/09/20	Diany Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/20	Aura Landoño	Analista SST	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	SI	NO	NO	
30/09/20	Xiomara Olaya	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/20	Duvan Villegas	Analista Factu	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	SI	NO	NO	
30/09/20	Daniela Diaz	Aprendiz SENA	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/20	Karen Melo	Jeefe Admin y TI	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/20	Ruby Ruiz	Aux Farmacia	Asisten	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/20	Carolina Barbosa	Aux Farmacia	Asisten	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/20	Ruth Baguero	Jeefe de enfermería	Asisten	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/20	Leidy Velasquez	Medico general	Asistencial	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	
30/09/20	Ivan Puentes	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	
30/09/20	Yamile Salazar	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	
30/09/20	Wimer Velasquez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	
30/09/20	Flor Castro	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/20	Diana Roa	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	
30/09/20	Patricia Canango	Ambulante Fisico	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/20	Oliver Aliza	Psiquiatra	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	
30/09/20	Monica Pedrosa	Ginecologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	
30/09/20	Luis Acosta	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
30/09/20	Katherine Chigante	Aux admin		NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Mery Romero	Aux Laboratorio	Asisten	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Windy Gaitan	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
1/10/20	Ingrith Corderos	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FORMA 003 Versión: 3 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o analgésicos?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus respiratorio?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringitis	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una unidad?	Firma del Asesorado
30/09/20	YEM: NEVADO	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
30/09/20	Angelica Larratega	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
30/09/20	Tokara Urrego	Asistente Fisio Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Ariana Rey	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Camila Gomez	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	MARCELA MORALES	AUX odontologica	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Gabriel Babilonia	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Erika Hernandez	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Edgard Garcia	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Jose Romero	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Joddy Torres	Enfermera prof	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Maria Navarro	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	MARCELA RUEDA	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Jenny Gutierrez	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Paola Calindo	Enfermera p/p	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Greia Tellez	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Liliana Chacal	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Meryly Romero	Aux laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Alexandra Pardo	Aux laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Sociedad Linares	Coord/Admora Terc de Calidad	Admin	SI	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Sandra Penolosa	ING soporte tecnico	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Miguel Reina		Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FORMA 003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o analgésicos?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus respiratorio?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringitis	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una unidad?	Firma del Asesorado
19/09/20	Wilmer Velasquez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/09/20	Camila Gomez	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/20	Bias Barreto	Pediatra	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
19/09/20	Carolina Barbosa	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/09/20	MARCELA NAVARRO	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/09/20	Rubi Ruiz	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/09/20	Liliana Chacon	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Vanessa Parada	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Ingrith Carreñas	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Ange Machada	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Paola Carreño	Aux Farmacia	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Windy Galvan	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Antony Gutierrez	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Katherine Chigate	Aux admia	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Dorwin Gomez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
30/09/20	Yuli Brito	Aux admia	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Aura Rosa	Aux admia	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Diego Bacanagra	Aux admia	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Paola Tulibija	Aux admia	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Bias Barreto	Pediatra	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
30/09/20	Jovana Cordoba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Karina Arango	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/09/20	Cesar Guerrero	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 018000910303  
VIGILADO



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
<div style="float: right;">                     FORMAS Versión: 2 May-20 1 DE 1                 </div>												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-fébriles o analgésicos	Se tiene contacto reciente con caso confirmado de enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro estable?	Firma del Funcionario
29/09/20	Jose Romero	Psicóloga	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	S:	NO	NO	JR
29/09/20	Jaddy Torres	Enfermera Prof	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jaddy Torres
29/09/20	Adriana Rey	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Rey
29/09/20	Johana Ureaga	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Johana Ureaga
29/09/20	Jenny Gutierrez	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny Gutierrez
29/09/20	Ruth Baquero	Jefe de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth Baquero
29/09/20	Radia Galindo	Enfermera Ppo	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Radia Galindo
29/09/20	Cecilia Felice	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Cecilia Felice
29/09/20	Laura Pinto	Aprendiz SENA	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Laura Pinto
29/09/20	Miguel Reina	Lq soporte tecnico	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel Reina
29/09/20	Solidad Linares	Coordinadora	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Solidad Linares
29/09/20	Sandra Peñalosa	Jefe Calidad	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	S:	NO	NO	Sandra Peñalosa
29/09/20	Daisy Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Daisy Duarte
29/09/20	Kianara Olaya	Aux farmacia	Asisten	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Kianara Olaya
29/09/20	Duran Villegas	Analista facturación	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	S:	NO	NO	Duran Villegas
29/09/20	Eileen Doff	Aprendiz sala	Admin	NO	NO	36.8	SI	NO	S:	NO	NO	Eileen Doff
29/09/20	Marcela Acuña	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Acuña
29/09/20	Karen Moya	Jefe Admin y Fin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Karen Moya
29/09/20	Patricia Camargo	Ambiente Fisico	Asisten	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia Camargo
29/09/20	Diana Roa	Medica general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	S:	Diana Roa
29/09/20	Lidy Velasquez	Medica general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	S:	Lidy Velasquez
29/09/20	Ivan Puentes	Medica general	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	S:	Ivan Puentes
29/09/20	Vanille Sabogal	Medica general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	S:	Vanille Sabogal

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
<div style="float: right;">                     FORMAS Versión: 2 May-20 1 DE 1                 </div>												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-fébriles o analgésicos	Se tiene contacto reciente con caso confirmado de enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro estable?	Firma del Funcionario
29/09/20	Vanessa Parada	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Vanessa Parada
29/09/20	Anaiz Machado	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Anaiz Machado
29/09/20	Daniela Carreño	Aux admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela Carreño
29/09/20	Wilder Novoa	Reg Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Wilder Novoa
29/09/20	Maly Pizarro	Aux laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Maly Pizarro
29/09/20	Windy Gaitan	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Windy Gaitan
29/09/20	Yuli Beltran	Aux admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Yuli Beltran
29/09/20	Aura Roa	Aux admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Aura Roa
29/09/20	Paola Tulimila	Aux admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Tulimila
29/09/20	Darwin Gomez	Medica general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	S:	Darwin Gomez
29/09/20	Jovana Cardoza	Medica general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Jovana Cardoza
29/09/20	Karina Arango	Medica general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Karina Arango
29/09/20	Cesar Guerrero	Medica general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Guerrero
29/09/20	Angelica Larrañaga	Medica general	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	S:	Angelica Larrañaga
29/09/20	Marcela Morales	Aux odontologia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Morales
29/09/20	Flore Castro	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Flore Castro
29/09/20	Lorena Estiana	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Lorena Estiana
29/09/20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Sanchez
29/09/20	Diego Bacaterra	Aux admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Bacaterra
29/09/20	Eduardo Roa	consulta interna	Asisten	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	S:	Eduardo Roa
29/09/20	Gabriel Babilonia	Aux farmacia	Asisten	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Gabriel Babilonia
29/09/20	Erica Hernandez	Aux farmacia	Asisten	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Erica Hernandez
29/09/20	Edgard Garcia	Reg farmacia	Asisten	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Edgard Garcia

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 01800070303

VIGILADO



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
VERIFICAR ENTOMOLOGIA (Muestre con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está correctamente vacunado contra sarampión o sarampión?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nueva coronavirus?	Filtro igual o mayor a 30°C	Tus	Dificultad Respiratoria	Odemología	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otro espacio?	Firma del funcionario
28/09/20	Darwin Gómez	Médico General	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Cesar Guerrero	Médico Familiar	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Camila Gómez	Odonatología	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Marcela Morales	Aux. Odontología	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Nelly Sanchez	Bacteriología	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Jose Romero	Psicólogo	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Diego Baxanegia	Aux. Admon	Admon	No	No	36.8	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermería	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Ruth Guerrero	Jefe. Enfermería	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Paola Galindo	Jefe. Enfermería	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Greiva Teller	Aux. Enfermería	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Sandra Percebo	Prof. Calidad	Admon	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Miguel Reina	Ing. Sistemas	Admon	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Sofía Lindero	Coord. Sede	Admon	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Diany Duark	Gerente	Admon	No	No	37	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	María José Bonilla	Asistente TH	Admon	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Duvan Villegas	Arro. Fachada	Admon	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Karen Melo	Jefe Talento H	Admon	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Xiomara Blaya	Aux. Farmacia	Asistencial	No	No	36.8	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Eyleen Diaz	Aplicador Sera	Admon	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
28/09/20	Jaiana Pinto	Aplicador Sera	Admon	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
29/09/20	Antony Gutierrez	Guarda	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
29/09/20	Enayid Cardenas	Aux. Farmacia	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
VERIFICAR ENTOMOLOGIA (Muestre con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está correctamente vacunado contra sarampión o sarampión?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nueva coronavirus?	Filtro igual o mayor a 30°C	Tus	Dificultad Respiratoria	Odemología	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otro espacio?	Firma del funcionario
26/09/20	Diana Roa	Médico General	Asistencial	No	No	36.9	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Juan Puentes	Médico General	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Flor Alba Castro	Odonatología	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Marcela Morales	Aux. Odontología	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Hardenner Zurigo		Asistencial	No	No	36.2	No	No	SI	No	No	[Firma]
26/09/20	Patricia Camargo	Ambiente físico	Asistencial	No	No	36.8	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Senny Gutierrez	Aux. Enfermería	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Yarivis Rivera	Aux. Enfermería	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Greiva Teller	Aux. Enfermería	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Xiomara Blaya	Aux. Farmacia	Asistencial	No	No	36.1	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Duvan Villegas	Analista Fachada	Admon.	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Mely Romero	Aux. laboratorio	Asistencial	No	SI	36	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Alexandra Parra	Aux. laboratorio	Asistencial	No	SI	36	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Ayca Cristina Lombro	Analista SST	Admon.	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Wilson Gutierrez	Guarda		No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Vanessa Parada	Aux. Farmacia	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Ingrith Carabon	Aux. Farmacia	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Aura Roa	Aux. Admon	Admon	No	No	36.9	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Yuli Rojas	Aux. Admon	Admon	No	No	36.7	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Paola Tulibila	Aux. Admon	Admon	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Jovana Córdoba	Médico General	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
26/09/20	Gina Arango	Médico General	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 018000910303  
VIGILADO



**5.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos de Trabajador	Cargo	Área de Desarrollo	Verificar el comportamiento (Marcar con una X las variables que aplican)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o esteroides	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus zoonótico	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Diarrea	Fatiga y Adrenia	Trabaja en alta presión		
11-09-20	Liliana Lopez	A. Enf	linea def	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Liliana Lopez	A. Enf	linea def	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Liliana Lopez	A. Enf	linea def	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Liliana Lopez	A. Enf	linea def	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Liliana Lopez	A. Enf	linea def	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-09-20	Liliana Lopez	A. Enf	linea def	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Liliana Lopez	A. Enf	linea def	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-09-20	Liliana Lopez	A. Enf	linea def	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-09-20	Liliana Lopez	A. Enf	linea def	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-09-20	Liliana Lopez	A. Enf	linea def	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Liliana Lopez	A. Enf	linea def	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-09-20	Liliana Rojas	A. Enf.	linea def	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-09-20	Liliana Rojas	A. Enf.	linea def	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-09-20	Liliana Rojas	A. Enf	linea def	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-09-20	Liliana Rojas	A. Enf.	linea def	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-09-20	Liliana Rojas	A. Enf.	linea def	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos de Trabajador	Cargo	Área de Desarrollo	Verificar el comportamiento (Marcar con una X las variables que aplican)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o esteroides	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus zoonótico	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Diarrea	Fatiga y Adrenia	Trabaja en alta presión		
15-09-20	Jeddy Morales	Regente farm	farm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Jeddy Morales	Regente farm	farm	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-09-20	Jeddy Morales	Regente farm	farm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-09-20	Jeddy Morales	Regente farm	farm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-09-20	Jeddy Morales	Regente farm	farm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-09-20	Jeddy Morales	Regente farm	farm	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-09-20	Jeddy Morales	Regente farm	farm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-09-20	Jeddy Morales	Regente farm	farm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-09-20	Jeddy Morales	Regente Farmacia	farm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-09-20	Jeddy Morales	Regente Farmacia	farm	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-09-20	Jeddy Morales	Regente Farmacia	farm	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-09-20	Jeddy Morales	Regente Farmacia	farm	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-09-20	Jeddy Morales	Regente de farmacia	farm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-10-20	Jeddy Morales	Regente Farmacia	farm	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
FIGAA003 Versión: 2 mayo-20 1 DE 1													
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
15-09-20	Sandra Palao	ENF	P4P	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-09-20	Sandra Palao	ENF	P4P	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17-09-20	Sandra Palao	ENF	P4P	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18-09-20	Sandra Palao	ENF	P4P	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21-09-20	Sandra Palao	ENF	P4P	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09-20	Sandra Palao	ENF	P4P	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
24-09-20	Sandra Palao	ENF	P4P	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-09-20	Sandra Palao	ENF	P4P	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
26-09-20	Sandra Palao	ENF	P4P	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
28-09-20	Sandra Palao	ENF	P4P	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-09-20	Sandra Palao	ENF	P4P	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
30-09-20	Sandra Palao	ENF	P4P	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
FIGAA003 Versión: 2 mayo-20 1 DE 1													
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
16-09-20	Jirz Madrid	Medico	Cons 1	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17-09-20	Jirz Madrid	Medico	Cons 1	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18-09-20	Jirz Madrid	Medico	Cons 1	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21-09-20	Jirz Madrid	Medico	Cons 1	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09-20	Jirz Madrid	Medico	Cons 1	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23-09-20	Jirz Madrid	Medico	Cons 1	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
24-09-20	Jirz Madrid	Medico	Cons 1	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-09-20	Jirz Madrid	Medico	Cons 1	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
26-09-20	Jirz Madrid	Medico	Cons 1	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
28-09-20	Jirz Madrid	Medico	Cons 1	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-09-20	Jirz Madrid	Medico	Cons 1	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
30-09-20	Jirz Madrid	Medico	Cons 1	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
FIGAA003 Versión: 2 mayo-20 1 DE 1													
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
15-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
24-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
25-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
26-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
28-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
29-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
30-09-20	Alejandro Jatti	Odontólogo	Odontología	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FICHA003 Versión 2 07/20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verifique serología (Marcar con una X las variables que aplican)									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	Odispepsia	Fatiga y Adinamia	¿Trata en otra entidad?		
15-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
16-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
17-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
18-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
21-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
22-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
23-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
24-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
25-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
26-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
28-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
29-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
30-09-20	Monica Cruz	Higienista	Operativo	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FICHA003 Versión 2 07/20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verifique serología (Marcar con una X las variables que aplican)									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	Odispepsia	Fatiga y Adinamia	¿Trata en otra entidad?		
15-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
16-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
17-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
18-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
21-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
22-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
23-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
24-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
25-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
26-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
28-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
29-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B
30-09-20	Glora Bando	A. físico	Operativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 01800019033  
 Linea Correo Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



**5.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												PROMEDIO WMS 2 may-20 1.08 1	
Fecha	Nombre completo del Trabajador	Cargo	Forma de Diagnóstico	¿Está considerando modificaciones ambientales o accesorias?	¿Puede continuar trabajando con esta condición y/o enfermedad?	Fiebre igual o superior a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Ansiedad	¿Trabaja en alta presión?	Presión del Sanguíneo	
2019-09-13	LUCYMARIA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-15	ANA MARGARITA ZAMBRANO	ALIX CATERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-15	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	ALIX FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-15	RODRIG CASTRO	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-15	ANGELA NATALIA MEDINA SUAREZ	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-16	LUCYMARIA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-18	ANA MARGARITA ZAMBRANO	ALIX EMPERERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-18	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	ALIX FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-18	RODRIG CASTRO	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-18	ANGELA NATALIA MEDINA SUAREZ	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-19	LUCYMARIA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-19	ANA MARGARITA ZAMBRANO	ALIX EMPERERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-19	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	ALIX FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.2	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-19	RODRIG CASTRO	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-19	ANGELA NATALIA MEDINA SUAREZ	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-19	LUCYMARIA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-20	ANA MARGARITA ZAMBRANO	ALIX EMPERERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-20	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	ALIX FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-20	RODRIG CASTRO	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-20	ANGELA NATALIA MEDINA SUAREZ	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-09-20	LUCYMARIA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-10-01	ANA MARGARITA ZAMBRANO	ALIX EMPERERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-10-01	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	ALIX FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	
2019-10-01	RODRIG CASTRO	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												PROMEDIO WMS 2 may-20 1.08 1	
Fecha	Nombre completo del Trabajador	Cargo	Forma de Diagnóstico	¿Está considerando modificaciones ambientales o accesorias?	¿Puede continuar trabajando con esta condición y/o enfermedad?	Fiebre igual o superior a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Ansiedad	¿Trabaja en alta presión?	Presión del Sanguíneo	
2019-10-01	JOSF ANDRÉS JIMENA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	103/70	

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 0100001910302



**5.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICHA/003 Versión: 1 23/1/20 TUE: 1	
Verificar el cumplimiento (Marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antivirales o antibióticos	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 Adormiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
25/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/9/2020	DEIGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
25/9/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
25/9/2020	MARIBEL CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
25/9/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/9/2020	ALEXANDRA CAMEROVA	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C.
25/9/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLÓGICA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	Greicy Z.
25/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
25/9/2020	SOMIA BONDORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	Somía B.
25/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia R.

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICHA/003 Versión: 1 23/1/20 TUE: 1	
Verificar el cumplimiento (Marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antivirales o antibióticos	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 Adormiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
28/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/9/2020	DEIGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/9/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/9/2020	MARIBEL CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/9/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/9/2020	ALEXANDRA CAMEROVA	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C.
28/9/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLÓGICA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	Greicy Z.
28/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
28/9/2020	SOMIA BONDORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	Somía B.
28/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia R.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora Operativa de Atención D.C.  
 Unidad Central Nacional - 01800010303  
**VIGILADO**





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											F(GD)003 Versión: 1 06/06/2019 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrino	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro edificio?	Flora del funcionario
28/09/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Handwritten signature]</i>
30/09/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Handwritten signature]</i>
30/09/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Handwritten signature]</i>
29/09/2020	DEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Handwritten signature]</i>
29/09/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Handwritten signature]</i>
25/09/2020	MARIBEL CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Handwritten signature]</i>
25/09/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Handwritten signature]</i>
29/09/2020	ALEXANDRA CABRERAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Handwritten signature]</i>
29/09/2020	MIREY ZAMORA	ODONTOLGA	ODONTOLGIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C
28/09/2020	MIVICK HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	Greicy Z.
29/09/2020	SORJA BONDORCHIZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
28/09/2020	EDUARDO RODRIGUEZ	ANALISTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	SORJA BONDORCHIZ García

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											F(GD)003 Versión: 1 06/06/2019 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrino	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro edificio?	Flora del funcionario
30/09/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Handwritten signature]</i>
30/09/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Handwritten signature]</i>
30/09/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Handwritten signature]</i>
30/09/2020	DEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Handwritten signature]</i>
30/09/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Handwritten signature]</i>
30/09/2020	MARIBEL CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Handwritten signature]</i>
26/09/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Handwritten signature]</i>
30/09/2020	ALEXANDRA CABRERAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Handwritten signature]</i>
30/09/2020	MIREY ZAMORA	ODONTOLGA	ODONTOLGIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C
30/09/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	Greicy Z.
30/09/2020	SORJA BONDORCHIZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
30/09/2020	EDUARDO RODRIGUEZ	ANALISTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	SORJA BONDORCHIZ García

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Calle Conde de Superhuanca, 010000190332  
 VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión 3 May 20 1 DE 1		
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta persona ha sido medicada con antipiréticos o acetaminofén		Verificar al menos una (1) de las variables que se indican						¿Trabaja en esta unidad?	Firma del funcionario
				Si	No	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinagia	Fatiga y Adinamia			
1/10/2020	ESFORZADA G HERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/2020	DIANA SANCHEZ	GUARDIA DE EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/2020	DIEGO BAYON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1/10/2020	HERIBAN BAYON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1/10/2020	NOHIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/2020	ALEXANDRA CAMERON	MOENISTA OML	ODONTOLÓGICA	NO	NO	34,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/2020	GRIEY ZAMORA	ODONTOLÓGICA	ODONTOLÓGICA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/2020	SORIS RIVERO	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/10/2020	FURIALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FIJADO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

5.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión 3 May 20 1 DE 1		
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta persona ha sido medicada con antipiréticos o acetaminofén		Verificar al menos una (1) de las variables que se indican						¿Trabaja en esta unidad?	Firma del funcionario
				NO	SI	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinagia	Fatiga y Adinamia			
2020-07-28	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-28	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-07-28	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-28	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-28	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-07-29	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-29	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-07-29	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-29	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-29	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-07-30	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-30	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-07-30	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-30	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-30	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-10-01	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-10-01	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-10-01	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-10-01	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-10-01	ZULY GONZALEZ	HIGIENE ORAL	ASISTENCIAL	NO	NO	37,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-10-01	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



### 5.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Casanare

### 6.3.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Yopal

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos profilácticos o preventivos	Ha tenido contacto estrecho con caso sospechoso por nuevo diagnóstico	Temperatura	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adormilamiento	Trabaja en otra unidad?	Firma del funcionario
01/10/20	Natalia Velásquez	Cordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/10/20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Sandra Patricia Torres	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Amerida Barrera	Cordinadora farmacia	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Helena Maldonado	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Nelsy Miranda	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Maryluz Martinez	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Martha Cordoba	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Mariana Hernandez	Pasante Sena	Administrativo	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Sara Ojeda	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.0	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Arleny Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos profilácticos o preventivos	Ha tenido contacto estrecho con caso sospechoso por nuevo diagnóstico	Temperatura	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adormilamiento	Trabaja en otra unidad?	Firma del funcionario
11/10/20	Natalia Velásquez	Cordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Sandra Patricia Torres	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Amerida Barrera	Cordinadora farmacia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Helena Maldonado	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Nelsy Miranda	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Maryluz Martinez	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Martha Cordoba	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Mariana Hernandez	Pasante Sena	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Sara Ojeda	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Arleny Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/10/20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]



Fecha		Nombres y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Verificar sistemáticamente (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario
						Está correctamente desinfectando el área/espacios o procedimientos	Ha tomado correctamente el baño con agua jabonosa para higienizar sus manos correctamente	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis/Otorrea	Fatiga y Adormecimiento	Trabaja en otra entidad?			
30 Sep	Natalia Velasquez	Cordinador Asistencial de	Asistencial	no	no	35.0	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	no			
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	no	no	35.9	no	no	no	no	no	no	no			
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial													
30 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	no	no	36.5	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Sandra Patricia Torres	Medico general	Asistencial													
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	no	no	34.0	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	no	no	35.9	no	no	no	no	no	no	no			
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	no	no	36.0	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	no	no	35.4	no	no	no	no	no	no	no			
	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	no	no	36.0	no	no	no	no	no	no	no			
	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	no	no	35.9	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Amerida Barrera	Cordinadora farmacia	Asistencial	no	no	35.3	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Helena Maldonado	Regente farmacia	Asistencial	no	no	35.6	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Nelsy Miranda	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	34.9	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Maryluz Martinez	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	35.5	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Martha Cordoba	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	34.9	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	34.5	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Mariana Hernandez	Pasante Sena	Administrativo	no	no	34.4	no	no	no	no	no	no	no			
	Sara Ojeda	Auxiliar de enfermeria	Asistencial													
30 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	no	no	35.0	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	no	no	35.4	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	no	no	36.0	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	no	no	35.7	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Doraiba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	no	no	36.0	no	no	no	no	no	no	no			

Fecha		Nombres y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Verificar sistemáticamente (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario
						Está correctamente desinfectando el área/espacios o procedimientos	Ha tomado correctamente el baño con agua jabonosa para higienizar sus manos correctamente	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis/Otorrea	Fatiga y Adormecimiento	Trabaja en otra entidad?			
30/09/20	Natalia Velasquez	Cordinador Asistencial de	Asistencial	no	no	35.2	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	no	no	35.6	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial													
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	no	no	35.4	no	no	no	no	no	no	no			
	Sandra Patricia Torres	Medico general	Asistencial													
30 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	no	no	36.2	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	no	no	35.1	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial													
30 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial													
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial													
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial													
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	no	no	34.8	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	no	no	35.9	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Amerida Barrera	Cordinadora farmacia	Asistencial	no	no	35.3	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Helena Maldonado	Regente farmacia	Asistencial	no	no	36.7	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Nelsy Miranda	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	35.8	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Maryluz Martinez	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	35.5	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Martha Cordoba	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	34.9	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Mariana Hernandez	Pasante Sena	Administrativo	no	no	35.2	no	no	no	no	no	no	no			
	Sara Ojeda	Auxiliar de enfermeria	Asistencial													
30 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	no	no	35.5	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	no	no	35.7	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	no	no	35.7	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	no			
30 Sep	Doraiba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	no	no	35.0	no	no	no	no	no	no	no			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corresponsable: 018000910303

**VIGILADO**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
 Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Septiembre**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente vacunado/a contra el COVID-19?	¿Ha tenido síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)					¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Encargado
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adinamia		
29 Sep	Natalia Velasquez	Cordinador Asistencial de	Asistencial	no	no	36.4	no	no	no	no	no	
29 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	no	no	34.4	no	no	no	no	no	
29 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	no	no	34.8	no	no	no	no	no	
29 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	no	no		no	no	no	no	no	
29 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	no	no	36.4	no	no	no	no	no	
29 Sep	Sandra Patricia Torres	Medico general	Asistencial	no	no		no	no	no	no	no	
29 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	no	no	36.0	no	no	no	no	no	
29/9/20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	no	no	35.2	no	no	no	no	no	
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	no	no	36.5	no	no	no	no	no	
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	no	no	35.5	no	no	no	no	no	
	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial			36.2						
	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	no	no	35.6	no	no	no	no	no	
29 Sep	Amerida Barrera	Cordinadora farmacia	Asistencial									
29 Sep	Helena Maldonado	Regente farmacia	Asistencial									
	Netsy Miranda	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	35.2	no	no	no	no	no	
	Maryluz Martinez	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	35.3	no	no	no	no	no	
	Martha Cordoba	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	35.1	no	no	no	no	no	
	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	35.5	no	no	no	no	no	
	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	34.5	no	no	no	no	no	
	Mariana Hernandez	Pasante Sena	Administrativo	no	no	35.6	no	no	no	no	no	
	Sara Ojeda	Auxiliar de enfermeria	Asistencial									
29 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	no	no	35.2	no	no	no	no	no	
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial									
	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	no	no	35.6	no	no	no	no	no	
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo									
	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	no	no	34.6	no	no	no	no	no	Doralba

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente vacunado/a contra el COVID-19?	¿Ha tenido síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)					¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Encargado
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adinamia		
29 Sep	Natalia Velasquez	Cordinador Asistencial de	Asistencial	no	no	37.2	no	no	no	no	no	
29 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo			35.9						
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial									
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial									
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	no	no	36.5	no	no	no	no	no	
29 Sep	Sandra Patricia Torres	Medico general	Asistencial									
29 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	no	no	36.8	no	no	no	no	no	
29 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	no	no	35.8	no	no	no	no	no	
29 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	no	no	36.0	no	no	no	no	no	
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
29 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	no	no	35.8	no	no	no	no	no	
29 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial			35.7						
29 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	no	no	35.7	no	no	no	no	no	
29 Sep	Amerida Barrera	Cordinadora farmacia	Asistencial	no	no	36.1	no	no	no	no	no	
29 Sep	Helena Maldonado	Regente farmacia	Asistencial	no	no	36.2	no	no	no	no	no	
29 Sep	Netsy Miranda	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	35.6	no	no	no	no	no	
29 Sep	Maryluz Martinez	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	36.0	no	no	no	no	no	
29 Sep	Martha Cordoba	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	36.0	no	no	no	no	no	
29 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	36.2	no	no	no	no	no	
29 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	no	no	36.4	no	no	no	no	no	
29 Sep	Mariana Hernandez	Pasante Sena	Administrativo	no	no	36.6	no	no	no	no	no	
	Sara Ojeda	Auxiliar de enfermeria	Asistencial									
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	no	no	36.6	no	no	no	no	no	
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	no	no	35.5	no	no	no	no	no	
29 Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	no	no	35.9	no	no	no	no	no	
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	no	no	36.5	no	no	no	no	no	
	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	no	no	36.5	no	no	no	no	no	

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000190333

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											FORMA 001 Versión 2 marzo 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estético con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odispepsia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una exhibitor?	Firma del trabajador
28/09/20	Natalia Velasquez	Cordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	SI	SI	[Firma]
28/09/20	Sandra Patricia Torres	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Amerida Barrera	Cordinadora farmacia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Helena Maldonado	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Nelsy Miranda	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Maryluz Martinez	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Martha Cordoba	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Mariana Hernandez	Pasante Sena	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Sara Ojeda	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											Versión 2 marzo 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estético con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odispepsia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una exhibitor?	Firma del trabajador
28/09/20	Natalia Velasquez	Cordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
28/09/20	Sandra Patricia Torres	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Amerida Barrera	Cordinadora farmacia	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Helena Maldonado	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Nelsy Miranda	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Maryluz Martinez	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Martha Cordoba	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Mariana Hernandez	Pasante Sena	Administrativo	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Sara Ojeda	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/09/20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corredor Nacional: 08000910303  
**VIGILADO**

### 5.4 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA Regional Boyacá, Meta y Casanare

REPORTE PLATAFORMA ALISSTA SINTOMATOLOGIA COVID-19												
NOMBRE EPS	NIT EMPRESA	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 11:12:09	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 10:21:54	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOPIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 10:21:33	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 10:20:18	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 10:01:32	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 09:51:49	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 09:49:43	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 09:47:19	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	META	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 09:36:01	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 09:35:04	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 09:03:16	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 08:58:02	CC	1002340134	SUAREZ	RUJANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
CAPRESOCA EPS	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 08:49:57	CC	1007854257	HERNANDEZ	MARTINEZ	ZULLY	MARIANA	CASANARE	YOPAL	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 08:29:15	CC	1121857850	TORRES	MARTINEZ	JODDY	LISETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 08:25:12	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 08:09:33	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 08:08:16	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 08:08:01	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 08:04:49	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 08:04:09	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 08:02:24	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 07:59:45	CC	40446687	GUERRERO	OBANDOLUZ ESPERANZA GUERRERO O	LUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 07:53:19	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 07:51:19	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 07:50:54	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 07:46:55	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 07:39:24	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 07:19:01	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 07:17:17	CC	51990459	ORTEGA	MENJURA	LUZ	MENDY	BOYACA	MONIQUIRA	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Septiembre**



FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 07:12:57	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 07:04:23	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 07:03:37	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 07:02:24	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 06:58:22	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 06:56:28	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 06:55:57	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 06:48:32	CC	1006773398	SANTANA	MONTOYA	JHOAN	SNEIDER	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	01/10/2020 06:46:14	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 21:28:22	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 19:27:09	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 19:19:02	CC	1007497333	SUAREZ	GUARIN	LUISA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 18:51:54	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 18:34:55	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 18:29:43	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 18:22:32	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 18:06:23	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 18:02:12	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 17:57:03	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 17:38:31	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 16:45:29	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 16:07:02	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 15:58:24	CC	1006773398	SANTANA	MONTOYA	JHOAN	SNEIDER	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 15:57:09	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 15:45:18	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 15:02:38	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 14:23:38	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 14:23:34	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 13:17:42	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 13:02:35	CC	1030614442	JAIME	ROJAS	ANDRES	LIBARDO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 11:56:43	CC	1127390578	VILLEGAS	FLOREZ	DUVAN	FERNEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 11:27:59	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 11:07:30	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 10:46:02	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 10:19:53	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 09:58:47	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**





F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Septiembre**



NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 09:48:27	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 09:38:30	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 09:37:20	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 09:26:24	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 09:25:42	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 09:10:16	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 09:10:11	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 09:08:34	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 09:06:22	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 08:56:45	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 08:54:42	CC	1002340134	SUAREZ	RUJANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 08:52:25	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 08:46:43	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 08:30:44	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 08:29:03	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 08:26:16	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 08:21:23	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 08:07:54	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:53:29	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	META	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:47:16	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:44:48	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:36:07	CC	40446687	GUERRERO	OBANDOLUZ ESPERANZA GUERRERO O	LUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:32:57	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:31:43	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:30:25	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:29:39	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:28:23	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:23:47	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:14:54	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:14:10	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
CAPRESOCA EPS	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:13:54	CC	1007854257	HERNANDEZ	MARTINEZ	ZULLY	MARIANA	CASANARE	YOPAL	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:13:40	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:13:00	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Septiembre**



MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:12:32	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:05:50	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 07:03:45	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 06:56:31	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 06:52:59	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 05:55:53	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	30/09/2020 05:47:03	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 21:08:28	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 20:29:40	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 19:26:34	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 19:12:47	CC	1007497333	SUAREZ	GUARIN	LUISA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 18:10:53	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 17:36:01	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 17:31:18	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 16:54:05	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 16:36:13	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 15:28:22	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 15:23:27	CC	1000271662	DIAZ	MURILLO	EYLEEN	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 15:15:57	CC	1073385541	RUIZ	PRADO	CARLA	CONSTANZA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 14:36:34	CC	1006773398	SANTANA	MONTOYA	JHOAN	SNEIDER	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 13:15:46	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 12:53:29	CC	1030614442	JAIME	ROJAS	ANDRES	LIBARDO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 12:12:30	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 11:05:56	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 10:47:16	CC	40330585	PEÑALOZA	MORA	SANDRA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 10:45:13	CC	40325398	LARRAÑAGA	DIAZANGELICA MARIA LARRAÑAGA D	ANGELICA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 10:22:29	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 10:00:53	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 09:56:50	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 09:42:25	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 09:29:30	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 09:24:05	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 09:07:23	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 09:01:17	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	META	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 08:35:35	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Septiembre**



NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 08:26:53	CC	1121857850	TORRES	MARTINEZ	JODDY	LISETH	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 08:07:13	CC	40446687	GUERRERO	OBANDOLUZ ESPERANZA GUERRERO O	LUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 08:01:22	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 08:00:50	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 08:00:16	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:59:11	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:58:26	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPRESOCA EPS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:49:12	CC	1007854257	HERNANDEZ	MARTINEZ	ZULLY	MARIANA	CASANARE	YOPAL	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:48:29	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:48:23	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:44:34	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:36:16	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:30:05	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:29:30	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:29:01	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:28:00	CC	1127390578	VILLEGAS	FLOREZ	DUVAN	FERNEY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:23:54	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:23:52	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:21:29	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:15:19	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:15:13	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:12:37	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:11:17	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:06:33	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:05:48	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 07:02:48	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 06:59:13	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 06:57:58	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 06:55:12	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 06:44:56	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 06:38:50	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 06:25:38	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOI EPS	900622551	JERSALUD SAS	29/09/2020 01:09:17	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Septiembre**



E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 19:32:53	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 19:00:24	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 18:24:03	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 18:20:36	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 17:47:55	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 17:12:41	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 16:39:59	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 16:10:49	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 16:07:53	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 15:59:03	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 14:51:40	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 13:50:27	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 12:55:49	CC	1007497333	SUAREZ	GUARIN	LUISA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 12:50:41	CC	1030614442	JAIME	ROJAS	ANDRES	LIBARDO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 12:48:24	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 12:42:06	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 12:17:06	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 11:23:10	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 11:07:59	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 09:48:50	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 09:46:26	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 09:43:58	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 09:14:55	CC	1073380836	BALLESTOS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 09:02:10	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 09:00:15	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 08:55:23	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 08:54:27	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 08:53:16	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 08:47:13	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 08:44:53	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 08:40:29	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 08:30:53	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 08:20:46	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 08:18:10	CC	23324421	GUERRERO	HERNANDEZ	ROSMIRA		BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 08:14:31	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Septiembre**



NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 08:13:55	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 08:13:49	CC	1049635057	FORERO	GRANADOS	JULY	ESTEPHANIE	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:55:06	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:55:00	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:51:33	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:50:31	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	META	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:36:17	CC	1118568585	GROSSO	HERNANDEZ	KAREN	LISETH	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:35:00	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:26:45	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPRECOCA EPS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:26:09	CC	1007854257	HERNANDEZ	MARTINEZ	ZULLY	MARIANA	CASANARE	YOPAL	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:23:43	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:18:56	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:17:20	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:17:18	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:13:48	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:08:45	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:05:04	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 07:04:25	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 06:51:00	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	28/09/2020 06:15:02	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	27/09/2020 22:24:09	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	27/09/2020 21:16:36	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	900622551	JERSALUD SAS	27/09/2020 20:53:07	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	27/09/2020 19:13:10	CC	1116774825	OJEDA	PARALES	SARA	NOHEMI	CASANARE	YOPAL	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	27/09/2020 19:07:19	CC	1007497333	SUAREZ	GUARIN	LUISA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	900622551	JERSALUD SAS	27/09/2020 14:22:38	CC	1123567118	SANCHEZ	DIAZ	JENIFFER	ANYELY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	27/09/2020 11:34:16	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	27/09/2020 10:58:08	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	27/09/2020 10:17:36	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	27/09/2020 08:59:53	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	27/09/2020 08:16:04	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	27/09/2020 05:58:51	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 22:49:55	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 21:34:29	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 20:18:19	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Septiembre**

MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 12:46:24	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACUPI EPS	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 12:32:15	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 11:45:48	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 11:29:37	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 10:48:31	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 10:37:01	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 10:16:50	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEVYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 10:16:23	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 10:15:54	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 10:05:28	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 09:57:42	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 09:31:25	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 09:29:56	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 08:36:32	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 08:28:22	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 08:13:54	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 08:05:01	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 08:00:17	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 07:33:19	CC	40446687	GUERRERO	OBANDOLUZ ESPERANZA GUERRERO O	LUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 07:30:55	CC	51990459	ORTEGA	MENJURA	LUZ	MENDY	BOYACA	MONQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 07:28:11	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPRESOCA EPS	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 07:26:20	CC	1007854257	HERNANDEZ	MARTINEZ	ZULLY	MARIANA	CASANARE	YOPAL	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 07:20:11	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 07:10:54	CC	1030614442	JAIME	ROJAS	ANDRES	LIBARDO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 07:07:46	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 07:06:03	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 07:02:42	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 07:00:19	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 06:56:30	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 06:04:03	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	26/09/2020 06:02:29	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 22:07:17	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 18:24:13	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Septiembre**



E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 18:19:32	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 18:16:03	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 16:51:20	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 16:38:43	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 16:38:37	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 16:35:51	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 16:07:34	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 15:46:14	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 14:57:52	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 14:08:48	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 13:48:55	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 13:47:36	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 13:29:14	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 12:35:08	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 12:11:09	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 11:30:03	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOI EPS	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 11:16:08	CC	1123567118	SANCHEZ	DIAZ	JENIFFER	ANYELY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 11:09:40	CC	1118570378	CEDIEL	PATÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 11:06:34	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 09:39:37	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 09:35:23	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:57:15	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:53:20	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:52:07	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:43:31	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:34:51	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:34:33	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:31:59	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:31:10	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:30:55	CC	40325398	LARRAÑA	DIAZANGELICA MARIA LARRAÑAGA D	ANGELICA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:13:40	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:09:10	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:08:11	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:08:07	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 08:07:24	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 5 de Septiembre**



MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:57:22	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:53:05	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:52:28	CC	40446687	GUERRERO	OBANDOLUZ ESPERANZA GUERRERO O	LUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:51:39	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:44:03	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:34:28	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:31:23	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	META	NO
CAPRESOCA EPS	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:30:41	CC	1007854257	HERNANDEZ	MARTINEZ	ZULLY	MARIANA	CASANARE	YOPAL	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:26:56	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:18:50	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:18:37	CC	1118568585	GROSSO	HERNANDEZ	KAREN	LISETH	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:14:36	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:10:10	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:04:37	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:03:02	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 07:00:55	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 06:59:00	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 06:46:58	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	25/09/2020 06:34:49	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO







## 6. INVENTARIO Y PROYECCION ADQUISICIÓN EPP” S ELEMENTOS DE PROTECCIÓN

### 7.1 Inventario EPP

#### 7.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	90	150	200	140	21	2		19
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	8			8	150	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	895	235		660	380	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	7	

TUNJA



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	420	100		320	18			18

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	9			9	100	50

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	450	100		350	170	30

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	40			40	6	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	269	30		239	20			20

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
GAFAS				GORROS					



N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD								
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	9			9	180	40		140
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100	100		0	180	30		150
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	6			6

<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	280	50		230	15			15
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	20	20		0
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			

CHIQUINQUIRÁ

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019333



	RA DE SALUD	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	700	50		650	130	10		120
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	3			3

<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	40	10		30	18			18
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	5			5	40	10
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	100	50		50	20	10
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS						

MONIQUIRÁ



	JERSALUD SAS	20			20	2		2
--	--------------	----	--	--	----	---	--	---

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	30	10		20	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	5			5	40	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	150	50		100	20	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	330	10		320	10			10



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	60	10		50

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100	50		50	20	10		10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	2			2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	120	10		110	10			10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	1580	10		1570

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
----------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SOATA

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000190382



N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	200	50		150	20	10		10
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	2			2

<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	2800	200		2600	165			165
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	23			23	2600	
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	2700		300	3000	2700		6000	8700
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS

ALMACEN





	RA DE SALUD	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	150			150	45			45

## 7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

### 7.1.2.1 Sede Villavicencio

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	1600	0	0	1600	64	13	0	51

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	13	4	0	9	400	100

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 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
		1	JERSALUD	87	5	0	82	219	17

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	5	0	0	5	5	0	0	5

### 7.1.2.2 Sede Acacias

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 1 OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	4	1	0	3 CAJAS	32	3	0	29

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 1 OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	0	0	0	0	190	5	0	185

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 1 OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	27	0	0	27	40	5	0	35

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 1 OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	0	0	0	0	1	0	0	1

### 7.1.2.3 Sede Granada

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	4 CAJAS	1 CAJA	0 CAJAS	3 CAJAS	20 UNIDAD	2 UNIDAD	0 UNIDAD	18 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		2	JERSALUD	4 UNIDADES	0	0	4 UNIDADES	68 UNIDAD	35 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		3	JERSALUD	5 CAJAS TALLA M 3 CAJAS TALLA L 3 CAJAS TALLA S	1 CAJA TALLA S	0 CAJAS	5 CAJAS TALLA M 3 CAJAS TALLA L 2 CAJAS TALLA S	53 UNIDAD	8 UNIDAD

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A OCTUBRE 01 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
4	JERSALUD	3	0	3	3	3	0	3	3

#### 7.1.2.4 Sede Puerto López

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud S.A.S pto Lopez	179	12	167	167	7	0	7	7

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	Jersalud S.A.S pto Lopez	0	0	0	0	115	12

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		3	Jersalud S.A.S pto Lopez	7	0	7	7	44	12



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
4	Jersalud S.A.S pto Lopez	0	0	0	0	0	0	0	0

### 7.1.2.5 Sede Puerto Gaitán

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 DE OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud S.A.S pto gaitan	319	16	303	303	5	0	5	5

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 DE OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
2	Jersalud S.A.S pto gaitan	3	0	3	3	137	16	121	121

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 DE OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
3	Jersalud S.A.S pto Gaitan	7	0	7	7	57	16	41	41

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 DE OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
4	Jersalud S.A.S pto gaitan	0	0	0	0	0	0	0	0

### 7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 DE OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD SAS – YOPAL	185	40	0	145	18	5	0	13

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 DE OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
2	JERSALUD SAS – YOPAL	1	1	0	0	180	3	0	180

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 DE OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
3	JERSALUD SAS – YOPAL	7 CAJAS	9 CAJAS	0	7 CAJAS	80	6	0	74

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 DE OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD SAS – YOPAL	50	0	0	50	1	5	0	1

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 01 DE OCTUBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	CARETAS							
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS				
1	JERSALUD SAS – YOPAL	0	6	6	0	0	0	0	0

## 6.2 Proyección adquisición EPP

### 6.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

Fecha Impresión: martes, 22 de septiembre de 2020 11:37 Página 1/1

**farmaQx**  
Inteligencia farmacéutica  
FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S  
NIT: 900433437-2  
Carrera 49 # 83-84 Barrio La Castellana  
TELEFONOS: (+57) 3167443440  
BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA

Fecha: 22/09/2020 11:38:17 a. m.  
CUFE: 7ee923e793e35ee0220547d0eb0248a29e79c96e42eeba7168779bede7a3e04e0909e48c02273e16c7f52e1b02b4

SOMOS RESPONSABLES DE IVA, AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION; ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL 4699 TASAFA (6.14-1000) POR COMPRAS. NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES.

**FACTURA DE VENTA N° FQE7431**

**Datos Generales**

Tercero: 900622551 - JERSALUD SAS	Dirección: CRA 5 64-195 LOCAL 104-106
Sucursal: JERSALUD TUNJA	Teléfono: 5518123
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	U. Funcional: FACTURACION-PQX MIOCARDIO CASTELLANA
Detalle: TRASLADO DE FARMA #500 JERSALUD TUNJA 22-09-2020	

Producto	Lote	Invlms	Fecha Vto	Cent.	%Dts	%IVA	Vr Unitario	Total
300106620 - BATA DESECHABLE MANGA LARGA		0		600	0,00	0,00	\$ 6.395	\$ 3.838.590
<b>VALOR BRUTO:</b>								\$ 3.838.590
IVA:								\$ 0
RETEFUENTE:								\$ 95.965
RETENCIÓN IVA:								\$ 0
RETENCIÓN ICA:								\$ 15.892
<b>VALOR NETO FACTURA:</b>								\$ 3.725.733

TOTAL: TRES MILLONES SETECIENTOS VEINTISEIS MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/Cte.

ELABORÓ

ACEPTADA Y RECIBIDA (FIRMA Y SELLO) C.C.


**Jersalud RADICADO**  
900433437-2 S.A.S  
**24 SEP 2020**  
No.FOLIO: Diana Figuera  
RECIBIDO POR: *Diana Figuera*

Factura de venta electrónica con Autorización Numeración de Facturación N° 18763004712080 DEL 28/03/2020 prefijo autorizado FQE Autoriza del FQE T AL FQE Z7624 vigente hasta el 27 de febrero de 2022. "Bienes Exentos de IVA por Pandemia Covid-19 Decretos: 417 del 17 de marzo 2020 y 551 del 15 de abril de 2020". Efectuar Retención del 2.5% por Compras.  
ESTA FACTURA SE ADECUA EN SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO (SEGUN EL ART. 774/778 DEL COC. DE COMERCIO), CON ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TÍTULO VALOR  
Estado F.E.I.: Enviada  
Usuario Creación: 53069545 - DIANA PAOLA FIGUEROA MOJICA - PQ  
Usuario Impresión: 53069545 - DIANA FIGUEROA

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 018000910302  
**VIGILADO**



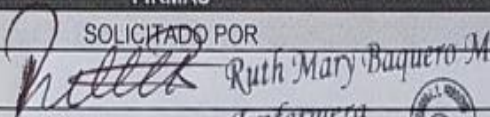
**6.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta**

	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: sep-20

UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENCIO

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S CAJA X 100 UN	10
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M CAJA X100UN	30
31	GUANTES DE VYNILO	TALLA M CAJA 100XUN	10
49	TAPA BOCAS	CAJA X 50UN	30
58	ALCOHOL GALON	GALON	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
66	JABON ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
69	SOLUCION SALINA 0,9% x500 ML	BOLSA	20
81	SONDA NELATON # 8	PAQUETE X 50UN	2
84	BOLSAS PARA ALIMENTACION ENTERAL POR BOMBA DE INFUSION: Kangaroo, em		15
85	BAJALENGUAS PLASTICO	PAQUETE X50UN	2
93	BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION	FRASCO X20ML	3
95			
96			

FIRMAS	
SOLICITADO POR	
FIRMA	
NOMBRE	Ruth Mary Baquero M.
CARGO	Enfermera 40185140
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303





	<b>SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA</b>
--	--------------------------------------------

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 20/09/2020

UNIDAD	JERSALUD S.A.S.
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENCIO

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
1	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA X 10U	250
2	BATA QUIRURGICA	MANGA CORTA X 10 U	14
3	ESPECULOS INDIVIDUALES	TALLA M	100
4	ESPECULOS KIT	TALLA M	40
5	GASAS ESTERIL	PQUETE X 24U	1
6	GORROS	BOLSA X 100U	12
7	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	6
8	GUARDIAN GRANDES	RECOLECTOR	2
9	GUARDIAN PEQUEÑO	RECOLECTOR	2
10	SABANAS	90X2	5
11	TAPA BOCAS	CAJA X 50U	20
12	TAPA BOCAS N95	CAJA	190
13	TIRAS MARCA GLUCOQUICK	CAJA X50U	33
14	TIRAS CARESENS	CAJA X50U	6
15	ALCOHOL	FRASCO X 700ML	5
16	ALCOHOL GALON	GALON	7
17	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X LITRO	21
18	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	GALON	4
19	GEL CONDUCTORULTRASONIDO	GALON	3
20	GEL ANTIBACTERIAL BIDOM	BIDON	2
21	GLUTARALDEHIDO (CIDEX)	GALON	1
22	SOLUCION SALINA 0,9% 500ml	BOLSA	5
23	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	10
24	JABON QUIRURGICO	GALON	1
25	GLUTARALDEHIDO (CIDEX)	FRASCO	1
26	ROLLO BOLSA X 100	PEQUENA	2

**FIRMAS**

SOLICITADO POR:

OLGA SOLEDAD LINARES GARDENAS  
 COORDINADORA DE SEDE VILLAVICENCIO

FIRMA

NOMBRE

CARGO

RECIBIDO POR:

FIRMA

NOMBRE

CARGO

APROBADO POR:

FIRMA

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Nacional - 0180001910333  
**VIGILADO**





**EVIDENCIAS SOLICITUD APOYO ARL PARA ADQUISICIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

**Evidencia Entrega de EPP por parte de ARL Positiva**



VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

**JERSALUD SAS**

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

Dirección: CARRERA 6 #64B-195 CENTRO COMERCIAL NOGAL PLAZA LOCAL 104 TUNJA-BOYACA

Teléfono: 3125284435

BOGOTA D.C.

**ASUNTO: Entrega de Elementos de Protección Personal prevención COVID 19.**

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Teniendo en cuenta la situación actual del País, frente a la pandemia generada por el COVID-19, en virtud del cual se decreta el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, se expide el Decreto Legislativo 500 del 31 de marzo de 2020 y la Circular 029 de 2020 del Ministerio del Trabajo, normatividad en la que se faculta a las Administradoras de Riesgos Laborales a apoyar a los Empleadores y Empresas afiliadas que se encuentren expuestas directamente al riesgo de COVID-19 mediante la provisión parcial de algunos elementos de protección personal, como una medida contingente de promoción, prevención y asunción de crisis, procederemos a dar cumplimiento y a realizar entrega de los siguientes elementos de protección personal para ser distribuidos a sus colaboradores expuestos:

KIT	CANTIDAD
MASCARILLA QUIRURGICA	1000

Es importante anotar que los despachos de los EPP mencionados anteriormente, se realizarán a partir del día 25 Mayo del presente; por lo tanto, es posible que se realicen entregas parciales a partir de esta fecha, hasta completar la totalidad de elementos indicados anteriormente.

Es de resaltar el llamado que nos hace el Gobierno Nacional en la circular 029, en cuanto a la responsabilidad de los empleadores frente al cuidado de la salud de los trabajadores, aclarando, que el apoyo brindado por las Administradoras de Riesgos Laborales es una medida contingente y no los exime de la responsabilidad de proporcionar los elementos de protección personal y realizar actividades en seguridad y salud en el trabajo de conformidad con la legislación vigente, entre ellas Decreto 1072 de 2015 y el Artículo 176 de la Resolución 2400 de 1979 .

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 990.011.193-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-179.  
Bogotá: 336-7090 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento es de todos

Reintegración

No. FOLIO: JERSALUD SAS

RECIBIDO POR: Jenny Gutierrez



## 7. EVIDENCIA SOLICITUD APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

**LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19**

Karen Melo  
Ave 11/06/2020 9:51  
Para: Analista SST - Aura Londoño; diana.daza@positiva.gov.co  
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>  
C:\PS21 (3)-pdf  
690 KB

Buenos días  
Señora  
DIANA DAZA  
ARL POSITIVA

teniendo en cuenta los LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS 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 31:

30. 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 pacientes con COVID-19, Unidades de Cuidado Intensivo adulto, pediátrica y neonatal y Unidades de cuidado intermedio adulto y pediátrico, 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.

**13.3 Pruebas que se realicen en el marco de acciones de seguridad activa:**

GRUPO POBLACIONAL	ORGANIZACIÓN	UNIDAD QUE REALIZA EL CUESTO DE	ORGANIZACIÓN QUE REALIZA EL CUESTO
Pública y Fuerzas militares	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Regimen especial FFMM	Regimen especial FFMM
Población privada de la libertad	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Fondo Hospital de Salud de Bogotá	Fondo Hospital de Salud de Bogotá
Personas privadas internadas en áreas de salud	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Entidad territorial	Entidad territorial

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  
3132731800

**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  
[diana.daza@positiva.gov.co](mailto:diana.daza@positiva.gov.co)

<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_FB.jpg)  
[https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA\\_TW.jpg](https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_TW.jpg)  
[https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA\\_YT.jpg](https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_YT.jpg)



## 8. EVIDENCIA DE NUEVA SOLICITUD DE APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Analista SST - Aura Londoño  
 Mié 08/07/2020 17:06  
 Para: Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>; Karen Melo  
 CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistentethyopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>; Diany Duarte

Buenas tardes Diana Daza

Solicito me sea informado como va el proceso de suministro de las **pruebas** rápidas ya que es vital empezar este proceso con personal asistencial expuesto, en el caso de sede Meta los funcionarios que prestan el Servicio Domiciliario.

Quedo atenta a su pronta respuesta

Gracias

Cordialmente,

**Aura Cristina Londoño Dueñas**  
 Analista SST  
 Sucursal Villavicencio  
 Cel. 320 2775564  
 Correo: analistasst.meta@jersalud.com



*Estamos haciendo entrega de información que contiene datos personales y/o sensibles; por lo tanto el receptor debe adoptar medidas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales. Dichas medidas tendrán por objeto evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, así como detectar desviaciones de información intencionales o no, ya sea que los riesgos provengan de la acción de medio tecnológico o humano. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Ley de Protección Datos Personales" y en el Decreto Reglamentario 1377 de 2013.*

Responder | Responder a todos | Reenviar

## 9. EVIDENCIA CERTIFICADO AUTOEVALUACION SG-SST POR PARTE DE ARL POSITIVA



### ACUSE RECIBIDO

**Positiva Compañía de Seguros S.A.**, acusa recibido de la empresa **JERSALUD SAS** identificada con **NI 900622551**, la presentación del Plan de Mejora con los resultados de los Estándares Mínimos vigencia **2019** del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST conforme a la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un resultado del **87,5%, ACEPTABLE**.

Fecha de presentación ARL: **27/12/2019**

Número de Consecutivo: **000123**



## 10. EVIDENCIA PLAN DE CONTINGENCIA PARA COVID -19 (Protocolo de bioseguridad)

### 11.1 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Boyacá

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

Enviado: viernes, 22 de mayo de 2020 11:23 a. m.

Para: [piedad.angarita@boyaca.gov.co](mailto:piedad.angarita@boyaca.gov.co) <[piedad.angarita@boyaca.gov.co](mailto:piedad.angarita@boyaca.gov.co)>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <[GerenciaBoyaca@jersalud.com](mailto:GerenciaBoyaca@jersalud.com)>; Coordinacion Sogamoso <[Coord.Sogamoso@jersalud.com](mailto:Coord.Sogamoso@jersalud.com)>; [prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com](mailto:prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com) <[prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com](mailto:prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com)>

Asunto: manual de contingencia IPS Jersalud Boyacá

Cordial saludo

De acuerdo a solicitud, se adjuntan los siguientes documentos que contienen los lineamientos para la restauración gradual de servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por covid-19 en colombia.

Cordialmente

**Mónica Salamanca R.**

Profesional de Garantía de la Calidad.

**Jersalud S.A.S Boyacá.**



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 a quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y desecharlo de su sistema.

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"





Alcaldía Mayor de Tunja  
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL



1.7.2-1-4-1139

Tunja, 23 de junio de 2020

### LA SUSCRITA SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL

#### CERTIFICA:

Que la IPS JERSALUD S.A.S., con Código de Habilitación 150010279401, ubicado en la Carrera 6 # 64b-195 local 104-105, cuenta con los protocolos de Bioseguridad en el contexto de la actual Pandemia COVID-19, aprobados por la Secretaría de Salud de Boyacá, de conformidad con lo establecido en el documento *Orientaciones para la Restauración Gradual de los Servicios de Salud en las Fases de Mitigación y Control de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Colombia*, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y a lo establecido en la Circular 118 del 12 de mayo de 2020, emitida por la Entidad Territorial Departamental.

Por lo anterior se autoriza, de manera preliminar, la Restauración de los Servicios de Ginecobstetricia, Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria, Toma de Muestras, Tamización de Cáncer de Cuello Uterino, Protección Específica Atención al Recién Nacido, y Protección Específica en Planificación Familiar Hombres y Mujeres, teniendo en cuenta que la Secretaría de Protección Social de Tunja, realizará el respectivo seguimiento, durante la Restauración Gradual de la Prestación de los Servicios de Salud con base en la normatividad vigente e informará a la Entidad Territorial Departamental, si evidencia incumplimiento.

La presente certificación se expide a solicitud del Prestador de Servicios de Salud, con destino a quien interese.



LUCY ESPERANZA RODRÍGUEZ PÉREZ  
Secretaria de Protección Social de Tunja

Elaboró: Linda Johana Hernández Acevedo  
Revisó: Lucy Esperanza Rodríguez Pérez



mipg

SC - CER432075

NIT.891800345 - 1

Calle 19 N° 9 - 95 cuarto piso edificio municipal,  
Tunja, Boyacá - 740 57 70 ext. 1720 • [proteccion-social@tunja.gov.co](mailto:proteccion-social@tunja.gov.co)  
📞 📧 🌐 • [www.tunja-boyaca.gov.co](http://www.tunja-boyaca.gov.co) •



## 10.2 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Meta

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD VILLAVICENCIO CONTINGENCIA COVID 19.



M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB  
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB  
Registro Autorizacion de Serv... 24 KB

5 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenas tardes:

La presente es para solicitar autorización de los siguientes servicios, para la IPS Jersalud Villavicencio:

1. Ginecología.
2. Pediatría.
3. Medicina Interna.

La prestación de las anteriores especialidades se describe en el documento plan de contingencia COVID 19 adjunto al presente correo, adicional se envían los siguientes documentos:

1. Documento de telemedicina IPS Jersalud SAS.
2. Excel inscripción de servicios para autorización.
3. Flujoigramas.

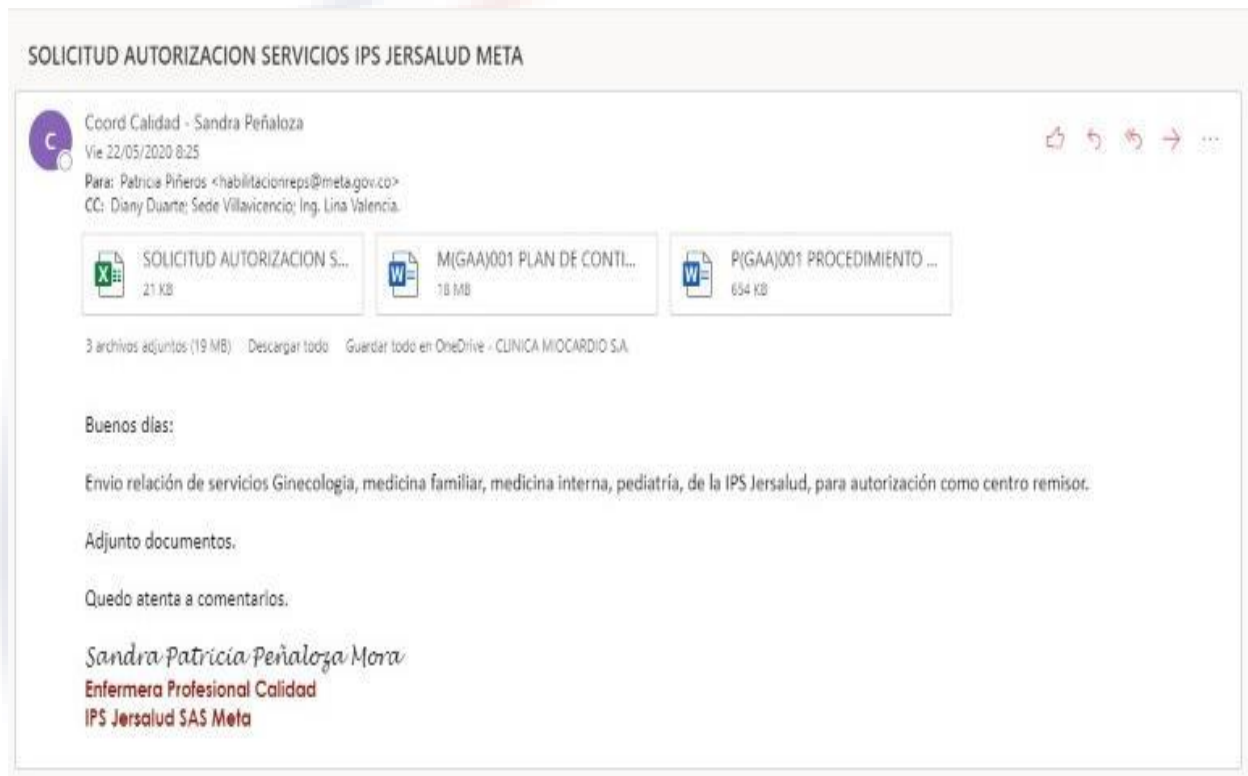
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

Quedo atenta a comentarios.

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD META

Coord. Calidad - Sandra Peñaloza  
Vie 22/05/2020 8:25

Para: Patricia Piñeros <habilitacionreps@meta.gov.co>  
CC: Diany Duarte; Sede Villavicencio; Ing. Lina Valencia.



SOLICITUD AUTORIZACION S... 21 KB  
M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB  
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB

3 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenos días:

Envío relación de servicios Ginecología, medicina familiar, medicina interna, pediatría, de la IPS Jersalud, para autorización como centro remitot.

Adjunto documentos.

Quedo atenta a comentarios.

*Sandra Patricia Peñaloza Mora*  
**Enfermera Profesional Calidad**  
**IPS Jersalud SAS Meta**





### 10.3 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Casanare

#### PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

**De:** CoorCalidad.Yopal Jersalud  
**Enviado:** miércoles, 29 de abril de 2020 15:36  
**Para:** regsubiado yopal casanare <regsubiado@yopal-casanare.gov.co>; coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>; Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>  
**Asunto:** PLAN DE CONTINGENCIA

Buen día envió plan de contingencia con las correcciones solicitadas por secretaria de salud.  
Agradezco atención prestada quedo atenta.


**KAREN LIZETH SOLANO AYALA**  
Profesional de Calidad  
Sede Yopal-Casanare  
3213805455

^ Ocultar historial de mensajes

#### AUTOEVALUACION CASANARE



CoorCalidad.Yopal Jersalud <CoorCalidad.YopalJersalud@outlook.com>  
Tue 14/05/2020 18:56  
**Para:** sivilayopal@gmail.com y 3 más  
**CC:** Usted; coord.yopaljersalud@outlook.com y 2 más

 202005141548 ACTA LAVADO...  
39 KB

 Autoevaluación Casanare.xlsx  
191 KB

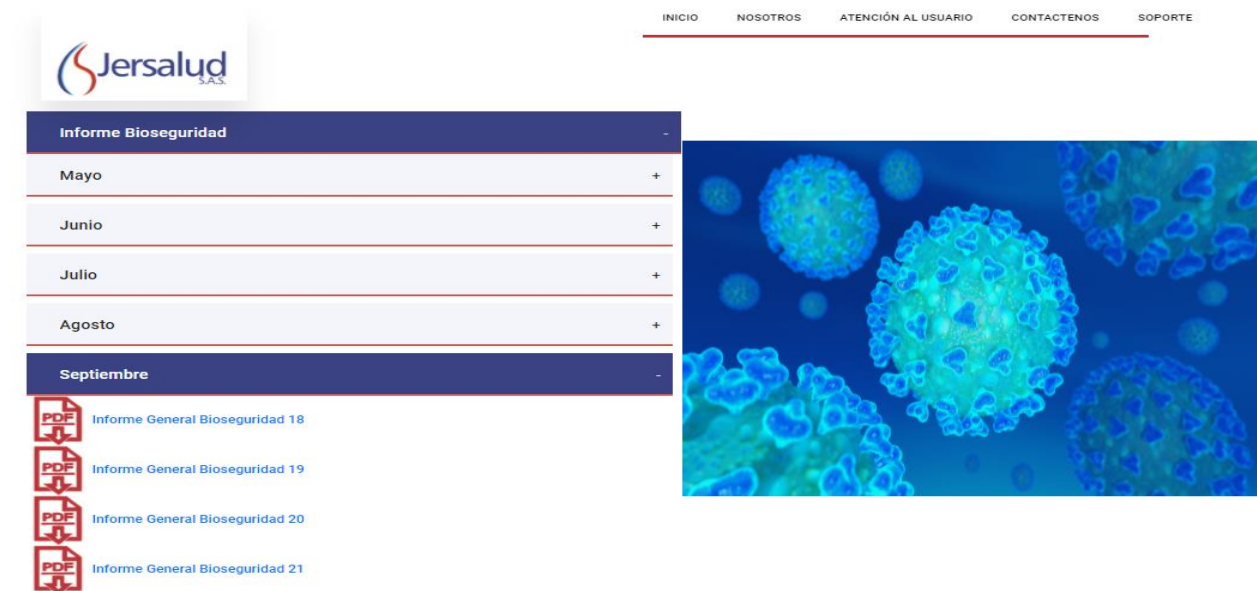
 23 ACTO DE MODIFICACIÓN ...  
72 KB

 26 ACTO DE CONFORMACIO...  
73 KB

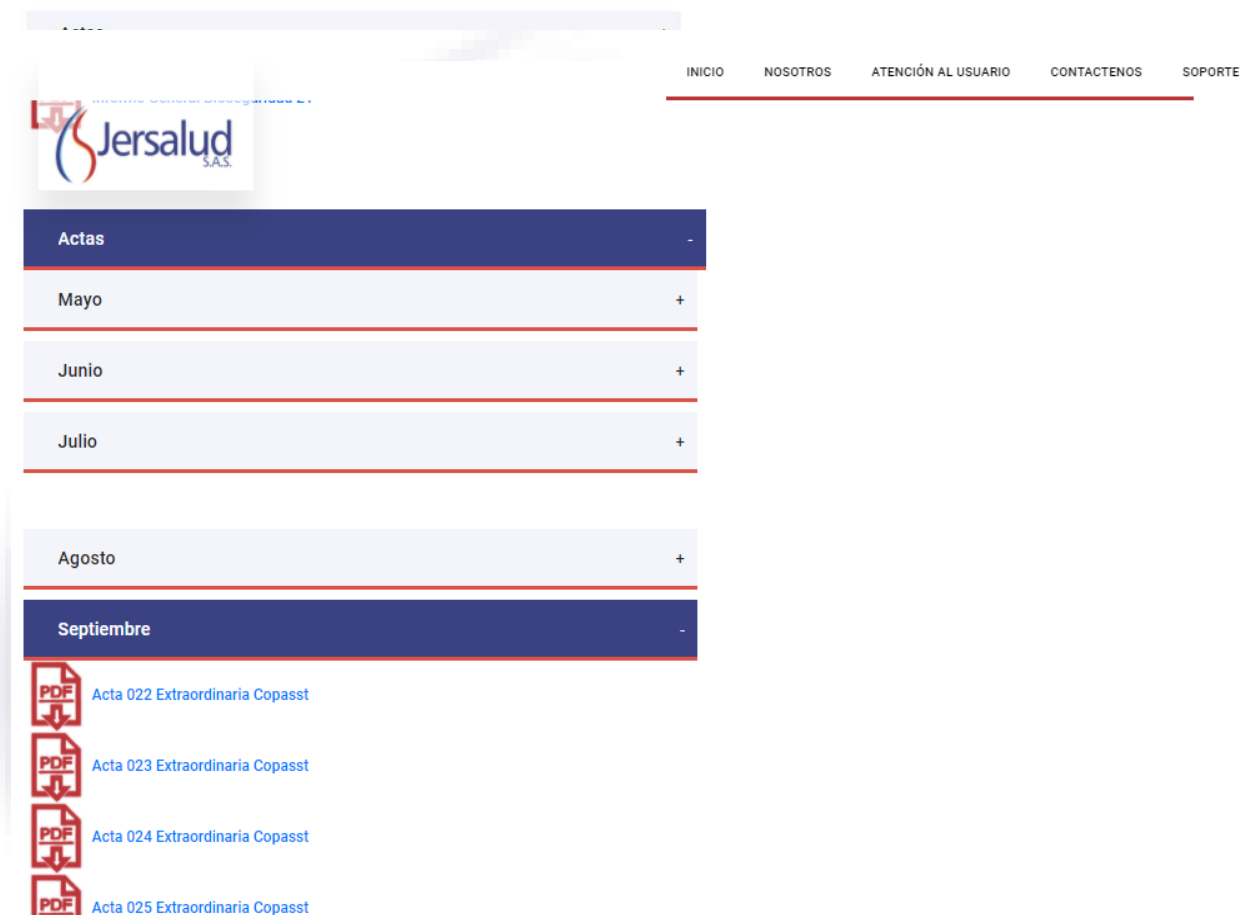


## 11. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

### 12.1 Evidencia publicación en página Web



The screenshot shows the Jersalud website interface. At the top right, there is a navigation menu with links: INICIO, NOSOTROS, ATENCIÓN AL USUARIO, CONTACTENOS, and SOPORTE. The main content area features the Jersalud logo on the left and a large image of blue and green virus particles on the right. Below the logo, there is a dropdown menu for 'Informe Bioseguridad' with options for May, June, July, August, and September. The 'Septiembre' option is selected and highlighted in dark blue. Underneath, there are four PDF icons with corresponding titles: 'Informe General Bioseguridad 18', 'Informe General Bioseguridad 19', 'Informe General Bioseguridad 20', and 'Informe General Bioseguridad 21'.



The screenshot shows the Jersalud website interface. At the top right, there is a navigation menu with links: INICIO, NOSOTROS, ATENCIÓN AL USUARIO, CONTACTENOS, and SOPORTE. The main content area features the Jersalud logo on the left and a large image of blue and green virus particles on the right. Below the logo, there is a dropdown menu for 'Actas' with options for May, June, July, August, and September. The 'Septiembre' option is selected and highlighted in dark blue. Underneath, there are four PDF icons with corresponding titles: 'Acta 022 Extraordinaria Copasst', 'Acta 023 Extraordinaria Copasst', 'Acta 024 Extraordinaria Copasst', and 'Acta 025 Extraordinaria Copasst'.



<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20ULIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20ULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%205%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20AGOSTO%20.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20AGOSTO%20.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20AGOSTO.pdf>

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20AGOSTO.pdf>



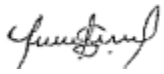

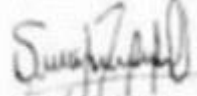

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20SEPTIEMBRE.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20SEPTIEMBRE.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20SEPTIEMBRE.pdf>


<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20SEPTIEMBRE.pdf>

**Aprobación**

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe administrativa y de talento humano Boyacá Presidente Comité COPASST	
Karen Emilia Melo González	Jefe administrativa y de talento humano Meta Secretaria Comité COPASST	
Ysella González Cuevas	Asistente administrativo, talento humano y SST Casanare Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Olga Soledad Linares	Coordinadora de sede Meta Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Sonia Yaneth Ruiz García	Auxiliar administrativo Boyacá Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 0180001910332



Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	
Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	