	GESTIÓN DE PERSONAL DOCENTE SISTEMA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO EDUCATIVO CONTROL		EDUCACIÓN	
	INSTITUCIÓN EDUCATIVA:		REGIONAL:	NACIONAL:
	INSTITUCIÓN EDUCATIVA:		REGIONAL:	NACIONAL:
PÁG. 01				

Nombre del docente: Catherine Van Aiden Cargo: Gerencia

SEMANA DE TRABAJO	FECHA DE TRABAJO	SEMANA DE TRABAJO	FECHA DE TRABAJO	SEMANA DE TRABAJO	FECHA DE TRABAJO	SEMANA DE TRABAJO	FECHA DE TRABAJO	SEMANA DE TRABAJO	FECHA DE TRABAJO	SEMANA DE TRABAJO	FECHA DE TRABAJO	SEMANA DE TRABAJO	FECHA DE TRABAJO	SEMANA DE TRABAJO	FECHA DE TRABAJO
SEMANA DE TRABAJO	1-3-21	2-3-21	3-8-21	4-5-21	5-2-21	6-3-21	7-2-21								
SEMANA DE TRABAJO	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK								
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															
SEMANA DE TRABAJO															



SECCIÓN DE REGISTRO Y CONTROL
SISTEMA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL
ENTREGA Y REGISTRO A LAS CLÍNICAS DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE INFECCIÓN, A SABER COMO CONTRA LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN EL
TRABAJO

CÓDIGO: 10
 VERSIÓN
 06/2020
 Pág. 01

Nombre del trabajador: Glennia Chapiro

Fecha: _____

ACTIVIDADES DE LA OPCIÓN PERSONAL	FECHA DE EMPLANTACIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
1. Limpieza de superficies															
2. Limpieza de ropa															
3. Limpieza de manos															
4. Limpieza de objetos															
5. Limpieza de ambientes															
6. Limpieza de personas															
7. Limpieza de residuos															
8. Limpieza de alimentos															
9. Limpieza de agua															
10. Limpieza de aire															
11. Limpieza de suelo															
12. Limpieza de paredes															
13. Limpieza de techos															
14. Limpieza de muebles															
15. Limpieza de electrodomésticos															
16. Limpieza de vehículos															
17. Limpieza de jardines															
18. Limpieza de piscinas															
19. Limpieza de playas															
20. Limpieza de parques															
21. Limpieza de zonas verdes															
22. Limpieza de edificios															
23. Limpieza de monumentos															
24. Limpieza de obras de arte															
25. Limpieza de sitios históricos															
26. Limpieza de zonas arqueológicas															
27. Limpieza de sitios de interés cultural															
28. Limpieza de sitios de interés turístico															
29. Limpieza de sitios de interés científico															
30. Limpieza de sitios de interés artístico															
31. Limpieza de sitios de interés religioso															
32. Limpieza de sitios de interés histórico															
33. Limpieza de sitios de interés geográfico															
34. Limpieza de sitios de interés botánico															
35. Limpieza de sitios de interés zoológico															
36. Limpieza de sitios de interés astronómico															
37. Limpieza de sitios de interés geológico															
38. Limpieza de sitios de interés paleontológico															
39. Limpieza de sitios de interés arqueológico															
40. Limpieza de sitios de interés etnográfico															
41. Limpieza de sitios de interés lingüístico															
42. Limpieza de sitios de interés filológico															
43. Limpieza de sitios de interés numismático															
44. Limpieza de sitios de interés filatélico															
45. Limpieza de sitios de interés numismático															
46. Limpieza de sitios de interés filatélico															
47. Limpieza de sitios de interés numismático															
48. Limpieza de sitios de interés filatélico															
49. Limpieza de sitios de interés numismático															
50. Limpieza de sitios de interés filatélico															



OPORTUNIDADES LABORALES CONTINUAS

UNIDAD DE GESTIÓN DEL DESARROLLO CONTINUO Y FORMACIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO

ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA PRUEBA DE CALIFICACIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LAS LESIONES OCUPACIONALES Y PASAR CON ÉXITO POR LOS TRABAJOS DE LA C.E.C. SANSI DEL SENSABA.

FORMA NO. _____

PLAZO DE _____

APROBACIÓN DE _____

FECHA DE _____

Nombre del trabajador: Patricia Guzman

Fecha: _____

OPORTUNIDADES DE FORMACIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
La Prueba de Calificación															
Activa del Tránsito															
Tránsito de Calificación															
Firma del Trabajador															
Tránsito de Calificación															
Firma del Trabajador															
Tránsito de Calificación															
Firma del Trabajador															
Tránsito de Calificación															
Firma del Trabajador															
Tránsito de Calificación															
Firma del Trabajador															
Tránsito de Calificación															
Firma del Trabajador															
Tránsito de Calificación															
Firma del Trabajador															
Tránsito de Calificación															
Firma del Trabajador															



SECRETARÍA DE PROGRAMAS COMUNITARIOS

SECRETARÍA DE OBRAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIVIENDA Y SISTEMAS DE SERVICIOS Y CONTROL

DIRECCIÓN Y REGISTRO DE ENTREGAS DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LAS EXPOSICIONES OCUPACIONALES A LAS SUSTANCIAS PELIGROSAS Y FUMOS ANTES DE TRABAJAR EN LOS ESPACIOS CONFINADOS

Formulario No.

VERSION

OPROTECOCH

1

Página 1/1

Nombre del trabajador

HON ENA AFRONSO

Apellido

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
ESPAÑUELAS QUIMIOLOGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ESPAÑUELAS QUIMIOLOGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ESPAÑUELAS QUIMIOLOGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ESPAÑUELAS QUIMIOLOGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ESPAÑUELAS QUIMIOLOGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ESPAÑUELAS QUIMIOLOGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ESPAÑUELAS QUIMIOLOGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ESPAÑUELAS QUIMIOLOGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ESPAÑUELAS QUIMIOLOGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones

Este documento es propiedad de la Empresa de Obras de Mejoramiento de Vivienda y Sistemas de Servicios y Control. No puede ser reproducido, distribuido o utilizado sin el consentimiento escrito de la Empresa.



REGISTRO DE LA ENTREGA DE COMPLEMENTOS

SISTEMA DE GESTIÓN DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN Y DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

ENTRADA Y REGISTRO DE LA ENTREGA DE COMPLEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN COMUNITARIA Y DOMÉSTICA DE LA FEBRIL TIFÓIDICA

FORMA N°

APROBADO

COMPLETO

Pág. 10

Nombre y Apellido

Edna Cuervo

Apellido

FECHA DE RECEPCIÓN DE LOS COMPLEMENTOS	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FECHA DE TRABAJO	09-03-14														
FECHA DE TRABAJO	09-03-14														
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															
FECHA DE TRABAJO															

Ata de entrega

Este documento es propiedad de la Oficina del Estado Mayor de la Presidencia y no puede ser reproducido ni distribuido sin el consentimiento expreso de la Oficina del Estado Mayor de la Presidencia.



MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE
CENTRO NACIONAL DE MONITORIAMIENTO AMBIENTAL
 SISTEMA DE MONITORIAMIENTO AMBIENTAL COMUNITARIO DEL ESTADO (SMALCOM) Y CONTROL


SECCION 1 - INFORMACION GENERAL DEL MUNICIPIO Y DEL SERVIDOR COMUNITARIO, NOMBRE DEL SERVIDOR COMUNITARIO, UBICACION DEL SERVIDOR, DIRECCION DEL SERVIDOR, TIPO DE SERVIDOR.

2. DATOS DE	
FECHA DE	FECHA DE
ENTREGA DE	ENTREGA DE
PÁG. 14	

Nombre del servidor: **Jorge Diaz**

Dirección:

FECHA DE INICIO DEL MONITORIO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARDEAS 08:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 08:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 11:00 PM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 02:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																
TARDEAS 05:00 AM																
MAÑANA DEL TRABAJADOR																

 MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR	DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTINUO										EGJUCO-118			
	SISTEMA DE GESTIÓN DE RENDIMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN CONTINUA												VERSIÓN	1
	SISTEMA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN OCCASIONAL A SUSTANCIAS QUÍMICAS PELIGROSAS EN TRABAJOS EN UNIDADES DE LA SALUD PÚBLICA													

NOMBRE DEL TRABAJADOR: **Diosy Mayu Pachaz**

PROYECTO: _____

ELEMENTOS DE EVALUACIÓN CONTINUA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
SEMPRE EN CONFORMIDAD	05-21	05-21	08-21	09-21	10-21	11-21	12-21								
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															
SEMPRE EN CONFORMIDAD															



SECRETARÍA DE TRABAJO
 SISTEMA DE CONTROL DE INGRESOS Y EGRESOS DE LA FUERZA DE TRABAJO
 ENERÍA DE RECIBO A LA EMISIÓN DE SALARIOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PARA PREVENIR LA REPETICIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

CONFE-116
 Versión 1
 Edición 2000
 Pág. 11

Nombre del trabajador: Laura Martinez

Fecha:

CLASIFICACIÓN DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARJETAS QUÉBRADAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉBRADAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉBRADAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉBRADAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉBRADAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉBRADAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉBRADAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉBRADAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Este documento es propiedad de la Empresa del Estado del T. de Jalisco. Es prohibida la reproducción o el uso no autorizado de este documento sin el consentimiento escrito de la Empresa del Estado del T. de Jalisco.

Nombre del contribuyente: Katherine Nieto M Sector: Sección Financiera

PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN	PERÍODO DE TRIBUTACIÓN
TARIFA DE TRIBUTACIÓN	01/03/21	02/03/21	03/03/21	04/03/21	05/03/21	06/03/21	07/03/21	08/03/21	09/03/21	10/03/21	11/03/21	12/03/21		
IMPORTE DEL TRABAJO														
TARIFA DE TRIBUTACIÓN														
IMPORTE DEL TRABAJO														
TARIFA DE TRIBUTACIÓN														
IMPORTE DEL TRABAJO														
TARIFA DE TRIBUTACIÓN														
IMPORTE DEL TRABAJO														
TARIFA DE TRIBUTACIÓN														
IMPORTE DEL TRABAJO														
TARIFA DE TRIBUTACIÓN														
IMPORTE DEL TRABAJO														
TARIFA DE TRIBUTACIÓN														
IMPORTE DEL TRABAJO														
TARIFA DE TRIBUTACIÓN														
IMPORTE DEL TRABAJO														
TARIFA DE TRIBUTACIÓN														
IMPORTE DEL TRABAJO														
TARIFA DE TRIBUTACIÓN														
IMPORTE DEL TRABAJO														



GESTIÓN DE DESARROLLO DE CENTRO		COMPLETADO
SISTEMA DE GESTIÓN Y MONITOREO CONTINUO Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN Y CONTROL		
CARRERA Y PROFESIÓN A DESARROLLAR: COMERCIO EXTERNO DE PRODUCTOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL, PARA PREVENIR LA EMERGENCIA OCUPACIONAL, A LOS CUYOS EFECTOS EN LOS TRABAJADORES DE LA R.D. SE HA DADO TRÁMITE.		FECHA DE EMISIÓN: _____
NOMBRE DEL ALUMNO: Laura Nolasco		PÁG. 01

Nombre del alumno: Laura Nolasco Fecha: _____

TIPO DE DESEMPEÑO PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															
FORMA DEL MANEJO DEL TIEMPO															



ORGANISMO DE CONTROL SISTEMA DE CONTROL DE EMPLEADO CONTROL Y REGISTRO DE EMPLERADO - CONTROL SISTEMA DE CONTROL DE EMPLEADO CONTROL Y REGISTRO DE EMPLERADO - CONTROL		CONTROL DE VERIFICACIÓN VERIFICATION
EMPLERADO Y RECIBIDO A LA REGISTRACIÓN DEL EMPLEADO DE PERSONAL PARA RESERVA EN LA ORGANIZACIÓN OCUPACIONAL A LAS CUALS SE LE OTORGA EL DERECHO DE TRABAJO EN LA EMPRESA DE LA SALUD DEL EMPLOYEE AND RECEIVED AT THE REGISTRATION OF EMPLOYEES OF PERSONNEL FOR RESERVE IN THE OCCUPATIONAL ORGANIZATION TO WHICH HE IS GRANTED THE RIGHT TO WORK IN THE HEALTH COMPANY		FECHA DE DATE

Nombre del empleado: **Monica Patricia UNAS**

BUSQUEDA DE EMPLEADO	FECHA DE EFECTIVA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PRESTACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PRESTACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PRESTACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PRESTACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PRESTACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PRESTACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PRESTACIÓN
EMPLEADO	01-03-21	02-03-21	03-03-21	04-03-21	05-03-21	06-03-21	07-03-21	08-03-21	09-03-21	10-03-21	11-03-21				
EMPLEADO	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica				
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															
EMPLEADO															



GESTIÓN DE MEDICAMENTO OFICINA
SISTEMA DE GESTIÓN MEDICAMENTO OFICINA Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL
ENTRADA Y PROCESO A LA ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PARA PREVENIR LA EMERGENCIA SANITARIA, A BARRIO CONTIGUO A LOS TRABAJADORES DE LA SALUD DEL TRUJILLA

PÁGINA N° 18	
VERSIÓN	1
APROBACIÓN	08/03/2024
PÁG. 18	

Nombre de medicamento: Glaxo Auda

Forma: _____

CLASIFICACIÓN FARMACOLÓGICA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES	08/03/24	08/03/24	08/03/24	09/03/24	10/03/24										
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															
FORMA DEL TRABAJADOR TAFASOLOS MATERIALES															

REGION DE MAGALHAES ANTARCTICA

DIRECCION GENERAL DE INGENIERIA CIVIL Y OBRAS PUBLICAS

DIRECCION DE OBRAS PUBLICAS

PROYECTO: OBRAS DE RECONSTRUCCION DEL PUERTO DE PASAJE DEL CANAL DE SAN JUAN DE LOS RIOS

ESTACION: 101

SECCION: 10

N.º DE PLAN: 101/10

Escala: 1:100

Nombre del proyecto: Canal de San Juan de los Rios

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL	FECHA DE EMISION	FECHA DE VALIDACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE CANCELACION
1	TAPAS DE CERRAMIENTO	m ²	1103																	
2	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²	1219																	
3	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²	1103																	
4	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
5	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
6	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
7	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
8	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
9	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
10	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
11	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
12	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
13	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
14	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
15	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
16	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
17	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
18	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
19	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
20	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
21	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
22	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
23	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
24	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
25	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
26	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
27	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
28	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
29	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		
30	FRASE DEL TRABAJADOR	m ²																		



SECRETARÍA DE MEDICAMENTO CONTROLADO

SECRETARÍA DE ESTADO NACIONAL DE CONTROL Y GESTIÓN DE ENLACE CONYUNTO

ENTRADA Y RECEPCIÓN Y ENTREGAS DE ALIMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL PAÍS LA ESPERANZA DE UN ALIMENTO A TRABAJADORES DE LA ESE DEL DSD DEL TENDÓN

FOLIO 118	
PROCESO	1
PROCESO	SEGURO
PÁG. 11	

Edwin Acero Romero

TIPO DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
ENTREGA DE ALIMENTOS	01-05-2017	02-05-2017	03-05-2017	04-05-2017	05-05-2017	06-05-2017	07-05-2017	08-05-2017	09-05-2017	10-05-2017	11-05-2017					
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																
ENTREGA DE ALIMENTOS																



Nombre del Investigador: Jorge Cebra

FECHA: _____

UNIDAD DE PREVENCIÓN CONTINUA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
PRIMA DEL TRABAJADOR TAPAS DE CUBIERTO	01/03/21	02/03/21	03/03/21	04/03/21	05/03/21	06/03/21	07/03/21	08/03/21	09/03/21	10/03/21					
PRIMA DEL TRABAJADOR TAPAS DE CUBIERTO															
PRIMA DEL TRABAJADOR TAPAS DE CUBIERTO															
PRIMA DEL TRABAJADOR TAPAS DE CUBIERTO															
PRIMA DEL TRABAJADOR TAPAS DE CUBIERTO															
PRIMA DEL TRABAJADOR TAPAS DE CUBIERTO															
PRIMA DEL TRABAJADOR TAPAS DE CUBIERTO															
PRIMA DEL TRABAJADOR TAPAS DE CUBIERTO															
PRIMA DEL TRABAJADOR TAPAS DE CUBIERTO															
PRIMA DEL TRABAJADOR TAPAS DE CUBIERTO															
PRIMA DEL TRABAJADOR TAPAS DE CUBIERTO															
PRIMA DEL TRABAJADOR TAPAS DE CUBIERTO															



SECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN Y ECONOMÍA

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

FORMULARIO

TERMINO: 2014


Página

Nombre: Edison Rivera

Fecha:

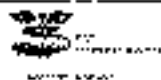
PERIODO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
PERIODO QUINCENAL	01-03-21	02-03-21	03-03-21	04-03-21	05-03-21	06-03-21	07-03-21	08-03-21	09-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21				
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>Edison Rivera</i>	<i>Edison Rivera</i>	<i>Edison Rivera</i>	<i>Edison Rivera</i>	<i>Edison Rivera</i>	<i>Edison Rivera</i>	<i>Edison Rivera</i>	<i>Edison Rivera</i>	<i>Edison Rivera</i>	<i>Edison Rivera</i>	<i>Edison Rivera</i>					
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PERIODO QUINCENAL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones:

 INSTITUCIÓN EDUCATIVA	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	FECHA DE EMISIÓN:
--	---	-------------------------------------

Esteban Mateus
Medicamento Continuo

FECHA DE RECIBO	FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA DE RECIBO	FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA DE RECIBO	FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA DE RECIBO	FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA DE RECIBO	FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA DE RECIBO	FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA DE RECIBO	FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA DE RECIBO	FIRMA DEL TRABAJADOR
01/03/21	[Signature]	01/03/21	[Signature]	01/03/21	[Signature]	01/03/21	[Signature]	01/03/21	[Signature]	01/03/21	[Signature]	01/03/21	[Signature]	01/03/21	[Signature]



GESTIÓN GOBIERNO CENTRAL

SISTEMA DE REGISTRO Y CONTROL DE SERVICIOS DE PERSONAL GOBIERNO CENTRAL

SERVICIO	
USUARIO	1
PROCESO	1000000
Pag. 98	

Nombre del trabajador: Dona Estephan

Fecha: _____

ESTADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
PARA EL TRABAJADOR	1-03-91	23-21	3-03-91	03-03-91	08-03-91	09-03-91	12-03-91	11-03-91	12-03-91									
TARBOCAS QUERQUENO	<i>[Handwritten signatures and marks across the row]</i>																	
PARA EL TRABAJADOR																		
TARBOCAS QUERQUENO																		
PARA EL TRABAJADOR																		
TARBOCAS QUERQUENO																		
PARA EL TRABAJADOR																		
TARBOCAS QUERQUENO																		
PARA EL TRABAJADOR																		
TARBOCAS QUERQUENO																		
PARA EL TRABAJADOR																		
TARBOCAS QUERQUENO																		
PARA EL TRABAJADOR																		
TARBOCAS QUERQUENO																		
PARA EL TRABAJADOR																		
TARBOCAS QUERQUENO																		
PARA EL TRABAJADOR																		
TARBOCAS QUERQUENO																		
PARA EL TRABAJADOR																		
TARBOCAS QUERQUENO																		

Observaciones:



REGISTRO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

SISTEMA DE GESTION VEEDORADO CONTROL Y GESTION DE EVALUACION Y CONTROL

FORMA 114

ENTREGA Y RECEPCION A LA FIRMA DE ELABORACION DE PROGRAMAS PERSONAL PARA ENTREGAR LA OPOSICION DEL PERSONAL A SUAS OTRAS OTRAS ACTIVIDADES DEL AREA DE LA EMPRESA

VERSION
ACTUALIZADA

Fecha de Emision

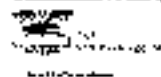
Página 114

Nombre de la actividad: Datos Valderama

Programa:

LEMONTEO DE EVALUACION PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO	01/03	02-3	03-3	05/03	06/03	07/03	10/03	11/03	12/03							
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO	01/03	02-3	03-3	05/03	06/03	07/03	10/03	11/03	12/03							
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO																
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO																
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO																
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO																
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO																
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO																
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO																
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO																
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO																
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO																
FORMA DEL TRABAJADOR SOPORTE OPERATIVO																

Observaciones:



SECCIÓN DE VERIFICACIÓN CONTABLE

CONTABILIDAD GENERAL Y CONTABILIDAD ESPECIAL DE LOS SECTORES DE ACTIVIDADES DE SERVICIO

Nombre del empleado: Diego Peña

Fecha: _____

CONCEPTO	QUANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	VALOR EN MONEDA LOCAL	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA	VALOR EN MONEDA EXTRANJERA
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																
IMPORTE DEL EMPLEADO	12/31/2010																



Nombre del Trabajador: Andrea Arco


ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TAPABOCAS OMBRETEADO	02-03-21	03-03-21	05-03-21												
FORMA DEL TRABAJADOR	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>												
TAPABOCAS OMBRETEADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS OMBRETEADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS OMBRETEADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS OMBRETEADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS OMBRETEADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS OMBRETEADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS OMBRETEADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS OMBRETEADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS OMBRETEADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															



Nombre de establecimiento: Gloria Agudelo

Proceso: _____

SECCIÓN DE MONITOREO CONTINUO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
SECCIÓN DE MONITOREO CONTINUO	1-03	2-03	3-03	4-03	5-03	6-03	7-03	8-03	9-03	10-03	11-03	12-03			
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria			
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															
FECHA DEL ESTABLECIMIENTO															

	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS CONTINUO	FORMIO - 01
	<small>Manejo de información sobre el personal de salud y la formación de recursos humanos y control</small>	<small>VERSIÓN</small> <small>APROBACIÓN</small>
	<small>ESTRATEGIA NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA PROMOVER LA PARTICIPACIÓN OCUPACIONAL Y SALUD CON RESPONSABILIDADES EMPLEADORAS DE LA FLE DE SALUD DEL PAÍS</small>	<small>08/01/2020</small> <small>Pág. 01</small>

Nombre del establecimiento: Nueva Formosa patio Dirección: _____

CATEGORÍA DE TRABAJADOR	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	PROCESO EMPLEO	FECHA DE EMPLAZO	FECHA DE EFECTIVO	FECHA DE PAGO	FECHA DE RESERVA	FECHA DE RESERVA	FECHA DE RESERVA	FECHA DE RESERVA	FECHA DE RESERVA	FECHA DE RESERVA	FECHA DE RESERVA	FECHA DE RESERVA	FECHA DE RESERVA
TRABAJADOR QUÉBRADO	01/05/21	02/05/21													
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉBRADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉBRADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉBRADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉBRADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉBRADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉBRADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉBRADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉBRADO															
FORMA DEL TRABAJADOR															



Nombre del Sujeto: Amorinda Cabro

DOCUMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE ENTREGA
FORMA DEL TRABAJADOR	01-02-21	02-01-21	03-08-21	04-03-21	05-09-21	06-3-21	07-07-21	08-03-21	09-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21				
FORMA DEL TRABAJADOR	Amorinda	Amorinda	Amorinda	Amorinda	Amorinda	Amorinda	Amorinda	Amorinda	Amorinda	Amorinda	Amorinda	Amorinda				
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																



SECRETARÍA DE GESTIÓN DE PERSONAL Y CALIDAD DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

SECRETARÍA DE GESTIÓN DE PERSONAL Y CALIDAD DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

FORMULARIO PARA REGISTRO DE EVALUACIONES DE PERSONAL PARA EFECTOS DE LA ESPECIALIZACIÓN CURRICULAR Y CALIFICACIÓN DE PERSONAL DOCENTE DE LA E.S.C. DEL SECTOR PÚBLICO

FORMULARIO 118	
UNIDAD	1
AÑO DE REGISTRO	2012
Pag. 01	

Nombre del evaluador: Mariela Mann

Proceso: _____

CUENTA DE CREDITO PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION	01/05/2012	07/07/05/12	05/03/08/03/12	09/09/09/05/12	11/03/2012/05/12										
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															
FORMA DEL TRABAJADOR TAPACABO O ATRIBUCION															



ESTADO DE CUENTA DE CARGOS Y DEBIDOS DEL PERSONAL CONTRATADO EN LOS SERVICIOS DE LA RED SALUD DEL TUMBES

GESTIÓN DE COMPROMISO CONTINUO

NUMERO DE RESOLUCION QUE LE DOTA DE LA CALIFICACION DE P.A.S. (MCM) Y CONTRATO

FECHA

PERIODO

ANEXO

CONTRATO

PAG. III

Nombre del trabajador:

Dimena Camargo

Fecha:

ELEMENTO DE COMPROMISO	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE RENOVACIÓN	FECHA DE EXTENSIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE RESCATE	FECHA DE EXTENSIÓN	FECHA DE RENOVACIÓN	FECHA DE EXTENSIÓN	FECHA DE RENOVACIÓN	FECHA DE EXTENSIÓN	FECHA DE RENOVACIÓN	FECHA DE EXTENSIÓN
TAREAS QUINCENALES	12/01/21	12/02/21	12/03/21	12/04/21	12/05/21	12/06/21	12/07/21	12/08/21	12/09/21	12/10/21	12/11/21	12/12/21			
TIPO DE TRABAJADOR	Trabajador Quincenal														
TAREAS QUINCENALES															
TIPO DE TRABAJADOR															
TAREAS QUINCENALES															
TIPO DE TRABAJADOR															
TAREAS QUINCENALES															
TIPO DE TRABAJADOR															
TAREAS QUINCENALES															
TIPO DE TRABAJADOR															
TAREAS QUINCENALES															
TIPO DE TRABAJADOR															
TAREAS QUINCENALES															
TIPO DE TRABAJADOR															
TAREAS QUINCENALES															
TIPO DE TRABAJADOR															
TAREAS QUINCENALES															
TIPO DE TRABAJADOR															

FECHA DE EMISIÓN



SECCIÓN DE MONITOREO CONTROLADO

SISTEMA DE GESTIÓN DE ALIMENTOS CON UNO O MÁS TIPOS DE ENVASADO CONTAMINADO

ENTREGA Y ENTREGA A LA EMPAQUE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN OCASIONAL A SUSTANCIAS QUÍMICAS EN LOS ENVASADOS DE CAJAS Y BALLETES

Página 1 de 1

Nombre del Interveniente: Herson Rueda

Nombre de la Información: Control de la Información

REGISTRAR DE PRODUCTOS PROVENIENTES DE:	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE PRODUCCIÓN	FECHA DE CADUCIDAD	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CADUCIDAD	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
EMPRESA SUBSIDIARIA															
FECHA DE ENTREGA															
EMPRESA SUBSIDIARIA															
FECHA DE ENTREGA															
EMPRESA SUBSIDIARIA															
FECHA DE ENTREGA															
EMPRESA SUBSIDIARIA															
FECHA DE ENTREGA															
EMPRESA SUBSIDIARIA															
FECHA DE ENTREGA															
EMPRESA SUBSIDIARIA															
FECHA DE ENTREGA															
EMPRESA SUBSIDIARIA															
FECHA DE ENTREGA															
EMPRESA SUBSIDIARIA															
FECHA DE ENTREGA															
EMPRESA SUBSIDIARIA															
FECHA DE ENTREGA															



DIRECCIÓN DE MEDICAMENTO CONTINUO
SISTEMA DE GESTIÓN MEDICAMENTO CONTINUO Y SERVICIO DE RECETACIÓN Y CONTROL
 ENTRENAMIENTO Y REVISIÓN A LA EFECTUACIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN PERSONAL PARA RESERVA EN LA PROMOCIÓN OCUPACIONAL A SALA DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA R.E.S.E. SALUD DEL TRABAJO.

FORMA 1-18
 VERSIÓN 1
 APROBACIÓN: []
 IMPRESIÓN: []
 Pág. 111

Nombre (apellidos): Gilberto Reyes

Proceso: Conductor

SUBSISTEMAS DE PREVENCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TRABAJOS DE OBRERISMO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE OBRERISMO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE OBRERISMO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE OBRERISMO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE OBRERISMO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE OBRERISMO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE OBRERISMO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE OBRERISMO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE OBRERISMO															
FORMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones: _____

Este documento es propiedad de la Empresa y debe ser devuelto al final del curso. Prohibido su reproducción por cualquier medio, sin permiso de la Empresa. Se aplica el Código de Ética de la Empresa.



ACCIÓN DE MEDICAMENTO CONTROLADO

REGISTRO DE RECEPCIONES DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS DE CALIDAD Y CONTROL

FORMULARIO N.º 1

REGIÓN	1
PROVINCIA	MATANCAS
Ciudad	Matanzas

Nombre del paciente: MARTHA MATEU

Apellido: AUX DE ENFERMERIA

FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN
1-3-21	2-3-21	3-3-21	4-3-21	5-3-21	8-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21						
Recibido	Recibido	Recibido	Recibido	Recibido	Recibido	Recibido	Recibido	Recibido	Recibido						
1-3-21	2-3-21	3-3-21	4-3-21	5-3-21	8-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21						
Recibido	Recibido	Recibido	Recibido	Recibido	Recibido	Recibido	Recibido	Recibido	Recibido						



PROCESO DE MONITOREO CONTINUO

SISTEMA DE MONITOREO CONTINUO DEL RIESGO DE INFECCIONES DE ORIGEN ALIMENTARIO

UBICACION: [Redacted] COMUNIDAD: [Redacted] MUNICIPIO: [Redacted] DEPARTAMENTO: [Redacted]

ESTACION 118	
VERIFICA	1
APROBACION	Continua
PAG 01	

Nombre del establecimiento: JUDOS CARUJAL

Nombre: ALIA DE FARMACERIA

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	INDICADOR	SEMANA 01	SEMANA 02	SEMANA 03	SEMANA 04	SEMANA 05	SEMANA 06	SEMANA 07	SEMANA 08	SEMANA 09	SEMANA 10	SEMANA 11	SEMANA 12	SEMANA 13	SEMANA 14	SEMANA 15
TIPO DE ESTABLECIMIENTO																
FORMA DEL TENDAJADO																
TIPO DE TENDAJADO																
FORMA DEL TENDAJADO																
TIPO DE TENDAJADO																
FORMA DEL TENDAJADO																
TIPO DE TENDAJADO																
FORMA DEL TENDAJADO																
TIPO DE TENDAJADO																
FORMA DEL TENDAJADO																
TIPO DE TENDAJADO																
FORMA DEL TENDAJADO																
TIPO DE TENDAJADO																
FORMA DEL TENDAJADO																
TIPO DE TENDAJADO																
FORMA DEL TENDAJADO																
TIPO DE TENDAJADO																
FORMA DEL TENDAJADO																
TIPO DE TENDAJADO																
FORMA DEL TENDAJADO																
TIPO DE TENDAJADO																
FORMA DEL TENDAJADO																



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN NACIONAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE ASESORIA PEDAGÓGICA Y TÉCNICA DE EDUCACIÓN BÁSICA

Manual de Procedimientos para la Asesoría Pedagógica y Técnica de Educación Básica - Versión 1.0

00000001

VÁLIDA

APROBADA

Pág. 11

Nombre del docente: **MONICA FERNANDEZ**

Nombre del estudiante: **ALEX DE FERRONIERA**

ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
PRIMA DEL TRABAJADOR																
SEGUNDA DEL TRABAJADOR																
TERCERA DEL TRABAJADOR																
CUARTA DEL TRABAJADOR																
QUINTA DEL TRABAJADOR																
SEXTA DEL TRABAJADOR	01-03-21	02-03-21	03-03-21	04-03-21	05-03-21	06-03-21	07-03-21	08-03-21	09-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21	13-03-21	14-03-21	15-03-21	16-03-21
SEPTIMA DEL TRABAJADOR																
OCCHO DEL TRABAJADOR																
NOVENA DEL TRABAJADOR																
DIEZ DEL TRABAJADOR																
ONCE DEL TRABAJADOR																
DOCE DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA UNO DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA DOS DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA TRES DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA CUATRO DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA CINCO DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA SEIS DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA SIETE DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA OCHO DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA NUEVE DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA DIEZ DEL TRABAJADOR																



SECCION DE MEDICAMENTO CONTROLADO

ENTIDAD DE GESTIÓN MEDICAMENTOSA CONTROLADA Y REGISTRO NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Información de los medicamentos controlados que se encuentran en el proceso de registro de nuevos medicamentos en Cuba, de los medicamentos de la lista blanca por haberse

Código N.º 11

ESTADO

APROBACIÓN

Página

Nombre del medicamento

ANGIE APRO

AUX DE ENFERMERIA

FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
01-03-2021	01-03-2021	03-03-2021	04-03-2021	05-03-2021	06-03-2021	07-03-2021	08-03-2021	09-03-2021	10-03-2021						
ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE						
02-03-2021	02-03-2021	03-03-2021	04-03-2021	05-03-2021	06-03-2021	07-03-2021	08-03-2021	09-03-2021	10-03-2021						
ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE	ANGIE						



REGISTRO DE INCIDENCIAS LABORALES

INSTRUMENTO DE GESTIÓN DEL RIESGO LABORAL PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y LESIONES DE ORIGEN LABORAL

EMPRESA

INDICADOR
AFECTACIÓN


Página

Nombre del trabajador

EDDY JIMENEZ

Actividad: ABA DE ENFERMERIA

SECTOR DE ACTIVIDAD	FECHA DE OCURRENCIA	TIPO DE LESIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE RECUPERACIÓN	FECHA DE REGRESO AL TRABAJO	FECHA DE ALTA MÉDICA	FECHA DE ALTA LABORAL	FECHA DE ALTA SOCIAL	FECHA DE ALTA ECONÓMICA	FECHA DE ALTA LEGAL	FECHA DE ALTA ADMINISTRATIVA	FECHA DE ALTA LABORAL	FECHA DE ALTA SOCIAL
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESARIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TATUADO DE RIESGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TATUADO QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN															

	MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE GUATEMALA DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y LOGÍSTICA / DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD	PLAN DE CALIDAD DE SERVICIOS EDUCATIVOS
	INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____	NOMBRE DEL SERVIDOR: _____
	INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____	INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____

Nombre del Trabajador: LEIVY PARRA Cargo: AJX DE INFORMACION

DESCRIPCIÓN DEL SERVIDOR	FECHA DE EMPLEO	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN
FECHA DE INCORPORACIÓN															
FECHA DE INCORPORACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															



Nombre del paciente: DANA VELANDIA

AUX DE FERRERIA

TIPO DE SERVICIO OBTENIDO	FECHA DE SERVICIO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE EXAMEN	FECHA DE EXAMEN	FECHA DE EXAMEN	FECHA DE EXAMEN	FECHA DE EXAMEN	FECHA DE EXAMEN	FECHA DE EXAMEN	FECHA DE EXAMEN	FECHA DE EXAMEN	FECHA DE EXAMEN	FECHA DE EXAMEN	FECHA DE EXAMEN
PRUEBA DEL TRABAJO															
TRABAJO CATEGÓRICO															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
SERVICIOS OBTENIDOS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO OBTENIDO															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
SERVICIOS OBTENIDOS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
SERVICIOS OBTENIDOS	12-21	2-3-21	3-3-21	4-3-21	8-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21							
PRUEBA DEL TRABAJADOR	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>							
SERVICIOS OBTENIDOS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
SERVICIOS OBTENIDOS	13-21	23-21	3-3-21	4-3-21	8-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21							
PRUEBA DEL TRABAJADOR	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>	<i>Pr</i>							
SERVICIOS OBTENIDOS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
SERVICIOS OBTENIDOS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
SERVICIOS OBTENIDOS															

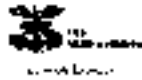
Observaciones:



Nombre de la familia: JULIETTE SANCHEZ

PROBLEMA: ACX DE FEMERERIA

CI ESQUEMA DE ATENCIÓN (C)	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS QUE DEBE HACER															
FECHA DEL TRABAJADOR															
SEÑALES DE ALERTA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DE LA COMUNIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
GRUPO DE TRABAJO															



DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTO CONTROLADO

INSTRUMENTO DE CONTROL DE MEDICAMENTO CONTROLADO Y RESERVA DE FARMACOS CONTROLADOS

PARA EFECTOS DE CONTROL DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS CONTROLADOS Y RESERVA DE FARMACOS CONTROLADOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA DE SALUD DEL PAÍS

FORMA N.º 118	
VERSIÓN	1
APROBACIÓN	2000/000
Pág. 1 de 1	

Nombre del paciente: ANDREA PARRA

Enfermedad: AUX DE ENFERMERIA

ELEMENTOS DE CONTROLACION	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE OBTENCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
FECHA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:



RESPONDE CONFORMANDO CON FOLIO

SE DEBE DE OTORGAR AL TRABAJADOR COMPLETO Y CONSERVAR EN SU LUGAR DE TRABAJO, SIN FOLIO

ENTRE LOS SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL AÑO ANTERIOR PRECISAMENTE Y PARA RECORRER LA COPIA DE LA DECLARACION A PARTIR DEL COMIENZO DE LOS TRABAJOS DEBEN DE LAS SEÑALES DEL TRABAJO

REGISTRO DE

TORONTO

APRIL 2008

Página 14

Nombre del trabajador **GUINA GOMEZ GIMONARES**

Motivo **AUX DE ENFERMEDAD**

T. EPIDEMIOLOGICO	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE INTERRUPCION	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJO DE BIEN COMPLETO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Motivo de...

Este documento es propiedad de la Empresa y debe ser devuelto al momento de ser requerido por ella. No se permite su reproducción sin el consentimiento de la Empresa.



GESTIÓN DE PERSONAL CONTINGENTE
CONTINGENCY MANAGEMENT INFORMATION POSITION OF EMERGENCY CONTROL

CONTINGENT
 VERSION: 1
 APPROVAL: _____
 REVISION: _____
 Pág. 17

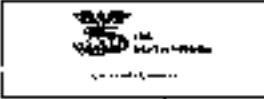
AREA: **AREA ASISTENCIAL**

POSTO: **AUX DE ENFERMERIA**

PERIODO MUNICIPIO	PERIODO AREA	PERIODO MUNICIPIO	PERIODO AREA	PERIODO MUNICIPIO	PERIODO AREA	PERIODO MUNICIPIO	PERIODO AREA	PERIODO MUNICIPIO	PERIODO AREA	PERIODO MUNICIPIO	PERIODO AREA	PERIODO MUNICIPIO	PERIODO AREA	PERIODO MUNICIPIO	PERIODO AREA	PERIODO MUNICIPIO	PERIODO AREA	PERIODO MUNICIPIO	PERIODO AREA
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			
PERIODO MUNICIPIO																			

NOMBRE DEL RESPONSABLE: HELDY CHARARRO FECHA: AUX DE EXPERIENCIA

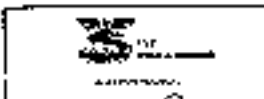
TIPO DE CONTROL	FECHA DE REALIZACIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
ALFA DEL TAMBORES															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															
TAMBORES DE ALARMAS															



Nombre del Maestro: CLAUDIA PRATO

Nombre de la Asignatura: ART. DE ENFERMERIA

PERIODO DE EVALUACION	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO	PERIODO DE TRABAJO
TRABAJOS DE DESEMPEÑO	01-03-21	02-03-21					04-03-21							
Nombre del Trabajador	CLAUDIA PRATO						CLAUDIA PRATO							
TRABAJOS DE DESEMPEÑO														
Nombre del Trabajador														
TRABAJOS DE DESEMPEÑO														
Nombre del Trabajador														
TRABAJOS DE DESEMPEÑO														
Nombre del Trabajador														
TRABAJOS DE DESEMPEÑO														
Nombre del Trabajador														
TRABAJOS DE DESEMPEÑO	01-03-21	02-03-21	03-03-21	04-03-21	05-03-21	06-03-21	07-03-21	08-03-21	09-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21		
Nombre del Trabajador	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO		
TRABAJOS DE DESEMPEÑO														
Nombre del Trabajador														
TRABAJOS DE DESEMPEÑO	01-03-21	02-03-21	03-03-21	04-03-21	05-03-21	06-03-21	07-03-21	08-03-21	09-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21		
Nombre del Trabajador	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO	CLAUDIA PRATO		
TRABAJOS DE DESEMPEÑO														
Nombre del Trabajador														



SECRETARÍA DE ECONOMÍA
 DIRECCIÓN GENERAL DE FISCALÍA Y CONTRIBUCIONES
 DIRECCIÓN DE FISCALÍA DE LOS VALORES AGREGADOS
Formulario

CÓDIGO DEL PAÍS	
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
Página	
1	

Nombre del Contribuyente: CAROL HIGUERA

Nombre del Negocio: AY DE ENFERMERIA

PERIODO DE VALIDACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	CONTRIBUYENTE	FECHA DE EMISIÓN	PERIODO DE VALIDACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	CONTRIBUYENTE	PERIODO DE VALIDACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	CONTRIBUYENTE	PERIODO DE VALIDACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	CONTRIBUYENTE	PERIODO DE VALIDACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	CONTRIBUYENTE
TRANSACCIONES DE TRANSACCIONES															
REGIÓN DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE TRANSACCIONES															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE TRANSACCIONES															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE TRANSACCIONES															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE TRANSACCIONES															
FECHA DEL TRABAJADOR															
CORREO ELECTRÓNICO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
CORREO ELECTRÓNICO	01-3-21	3-3-21	3-3-21	4-3-21	5-3-21	81321	91321	101321	111321	121321					
NOMBRE DEL TRABAJADOR	COFIDE	COFIDE	COFIDE	COFIDE	COFIDE										
CORREO ELECTRÓNICO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
CORREO ELECTRÓNICO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
CORREO ELECTRÓNICO	01-3-21	03-3-21	3-3-21	4-3-21	5-3-21	81321	91321	101321	111321	121321					
NOMBRE DEL TRABAJADOR	COFIDE	COFIDE	COFIDE	COFIDE	COFIDE										
CORREO ELECTRÓNICO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
CORREO ELECTRÓNICO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
CORREO ELECTRÓNICO															



SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SECRETARÍA DE ECONOMÍA DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y FISCALIDAD

SECRETARÍA DE ECONOMÍA DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y FISCALIDAD

CÓDIGO DE

VENAFIN
APLICACIÓN

ESTADO

FOLIO

Nombre del beneficiario

ANGIE SARMIENTO

nombre **ALX DE ENFERMERIA**

INDICADOR DE ACTIVIDAD	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE GARANTÍA															

El presente es propiedad de la Empresa de Estado del Estado de Coahuila. Fue emitido por el sistema de registro y fiscalidad del Estado de Coahuila.



DEPTORIO DE OBTENCIÓN DE CONTRATO

ESTADO DE OBTENCIÓN DE CONTRATO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN DE CONTRATO

FORMULARIO

VERSION

APLICACIONES

SECCIONES

PAG 111

Este formulario es utilizado para registrar los datos de los procesos de selección de personal para la contratación de personal a corto plazo de los departamentos de la DC.

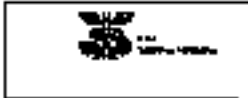
Nombre del candidato: LORIANA ALFARO

Nombre del cargo: Asistente de Ejecutiva

FECHA DE INICIO DE LA EVALUACIÓN	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE PARTICIPACIÓN
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															
ENCUESTA DE INTERÉS															
PRUEBA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:

Este formulario es propiedad de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos del Gobierno del Distrito de Columbia. No debe ser reproducido, distribuido o usado para fines ajenos a los de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos del Gobierno del Distrito de Columbia.



SISTEMA DE MONITOREO CONTINUO
REGIMEN DE CONTROL DE TRABAJADORES Y PERSONAS DE EVALUACION CONTINUA
 SISTEMA Y PROCEDIMIENTO PARA LA EMISION DE LICENCIAS DE PROVISION PERSONAL PARA SER EVALUADO Y PROMOCION OCURRIDA EN LA EXERCICION DE LOS TRABAJOS DE LAS UNIDADES DEL

FORMA 10	
USUARIO	
VERSION	000000
PÁG 111	

Nombre y apellido: Andres Pang

Apellido: Enfermeras

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FILAS DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA
TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DEL TRABAJADOR																

[Handwritten notes]



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN CONTINUA Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

ENTRELA Y REGISTRO A SU FAVOR DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL, Q. 0498.007.3 (07E-19) EN LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA O.S.E. Y SALUD DEL TRABAJADOR

FORMA N.º 1

VERSIÓN 1

MINISTERIO DE SALUD PÙBLICA

Pág. 111

Nombre del trabajador: ELIAS CLAUDIO

Apellido: LOPEZ GONZALEZ

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FORMA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
PROTECCIÓN OÍDICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMPONES OÍDICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMPONES OÍDICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
PROTECCIÓN VISUAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
PROTECCIÓN VISUAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
PROTECCIÓN VISUAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
PROTECCIÓN VISUAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
PROTECCIÓN VISUAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
PROTECCIÓN VISUAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
PROTECCIÓN VISUAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
PROTECCIÓN VISUAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
PROTECCIÓN VISUAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:



ESTADO DE EMPLEADOS CORREGIO

ESTADO DE EMPLEROS DE PERSONAL CENTRO Y GERENCIA DE EVALUACION Y CONTROL

Empresas y centros de trabajo inscritos en el Registro de PROTECCION PERSONAL ANEXOS AL PLAN ESTADISTICO OCUPACIONAL APLICADO POR LOS TRABAJADORES DE LA E.S.E. SALUD DEL TERRITORIO

PÁGINA N° 1

BOGOTÁ
PROTECCION Y CONTROL
1994

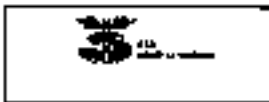
Nombre del trabajador: MA LUISA RIVERA S

Empresa: CBS CUBANO

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FECHA DE PARTIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA
TAREAS ASIGNADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR TAREAS ASIGNADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS ASIGNADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR TAREAS ASIGNADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR	04/03/21	04/03/21	03/03/21	04/03/21	05/03/21	05/03/21	05/03/21	07/03/21	10/03/21	11/03/21	12/03/21				
FECHA DEL TRABAJADOR	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima				
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR	01/03/21	02/03/21	03/03/21	04/03/21	05/03/21	05/03/21	07/03/21	10/03/21	11/03/21	12/03/21					
FECHA DEL TRABAJADOR	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima	Lima					
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:

ESTE DOCUMENTO SE GENERA POR EL SISTEMA DE PLANIFICACION Y CONTROL DE RECURSOS HUMANOS DEL MINISTERIO DEL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL DE COLOMBIA



SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE CONTROL Y GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL
ENTREGA Y RECEPCIÓN A SU SUJETOS DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PROTEGER LA SALUD PÚBLICA, BARRERAS BIOLÓGICAS O BARRERAS QUÍMICAS QUE SE USAN EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

CUBA	
PROVINCIAS	CIUDADES
No. 1	

Nombre del trabajador: _____ Sexo: _____

EL EMISOR DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN
TAPABOCAS QUÍMICO	8-3-21	8-3-21		11-3-21	12-3-21											
FIRMA DEL TRABAJADOR	Fuller	Fuller		Fuller	Fuller											
TAPABOCAS QUÍMICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUÍMICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
BARRERA ANTIBIÓTICA	8-3-21	8-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21											
FIRMA DEL TRABAJADOR	Fuller	Fuller	Fuller	Fuller	Fuller											
BARRERA ANTIBIÓTICA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
BARRERA ANTIBIÓTICA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
BATA BANDA LARGA ANTIBIÓTICA	8-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21											
FIRMA DEL TRABAJADOR	Fuller	Fuller	Fuller	Fuller	Fuller											
BATA BANDA LARGA ANTIBIÓTICA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
BATA BANDA LARGA ANTIBIÓTICA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones: _____

Este documento es propiedad de la Empresa y debe permanecer en custodia de la Empresa. No debe ser utilizado para fines ajenos a los que se destinó. En caso de ser utilizado para fines ajenos, la Empresa se reserva el derecho de sancionar al responsable.



SECTOR DE MEDICAMENTO CONTINUO

Formulario 110

SECRETARIA DE GESTION ADMINISTRATIVA CONTINUA Y AGENCIAS DE EVALUACION Y CONTROL

REGION

1

ENTREGA Y RECEPCION A SANCIONADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA PREVENIR LA CONTAMINACION DEL PERSONAL A BASE DE UNO (S) DE LOS MODELOS DE LA SECRETARIA DE LA SALUD DEL TRABAJO

APROBADO EN

JAN/2000

ANEXO

Nombre del trabajador: Aracelis Alvarado Cruz

Código: _____

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TAPABOCAS QUÉBRADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUÉBRADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUÉBRADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
GORRO ANTI LUBOS	04-03-0503	08-03	10-03	11-03	12-03											
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>											
GORRO ANTI LUBOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
GORRO ANTI LUBOS	04-03	08-03	10-03	11-03	12-03											
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>											
GORRO ANTI LUBOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
GORRO ANTI LUBOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones:



COMMISSIONE DE ILLUSTRAZIONE E CONSIGLIO DE ILLUSTRAZIONE ECONOMICA, COMITATO DI CONTROLLO E GESTIONE DE ILLUSTRAZIONE E CONTROLLO		NUMERO 140 ANNO 2021 NUMERO 001 QUARTO	
ATTIVITÀ DI RICERCA A SUPPORTO DEI RECLUTAMENTI DI PAZIENZE PER LA SPERANZA DI VITA, CONFERENZE E SEMINARI PER LEI, STRAGHE, SODALTA, E LA SODALTA DI SODALTA.			
P. 14			

Numero di esempio: Charles Albert

Procedura _____

DESCRIZIONE DEL PROCEDIMENTO OPERATIVO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINE
VERIFICAZIONE SUPERVIZIONE																
VERIFICA DEI TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																
VERIFICA DEL TRAMITAZIONE																



CELEBRACIÓN DE EXÁMENES DE OPORTUNIDAD

SISTEMA DE GESTIÓN DE ADMISIÓN DE ALUMNADO Y OPORTUNIDAD DE EVALUACIÓN CONTINUA

ENTREGA Y ENTREGA DE MATERIALES DE PRUEBA CON RESERVA DE PLAZAS PARA LA EMERGENCIA OCUPACIONAL A PARTIR DEL 24 DE FEBRERO EN LOS MOVILIZADORES DE LA I+D+i DE LOS I+D+i DEL I+D+i

CAN008-14

SISTEMA DE GESTIÓN DE ADMISIÓN DE ALUMNADO

Folio 17

Materia de la prueba: Prueba de Lengua

Prueba de Lengua

ELEMENTO DE PRUEBA (MATERIA)	FECHA DE MATRÍCULA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE MATRÍCULA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

CON: MATRÍCULA

	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS										FORMULARIO N° 10			
	REGISTRO DE RECEPCIONES DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS Y RESULTADOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL												PLANTILLA	
	OBJETIVO: RECORRIDO A SALIDAS CON EL MANEJO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN DEL PERSONAL DE SALUD CON 3 EQUIPOS DE TRABAJO EN LAS ETAPAS JACQUES DE LA GIL Y SALUD DEL												RECORRIDO	
	<small>Objetivo:</small>												Pág. 1/1	

Nombre del Hospital: Edelis Puro Fecha: 02/09/2020

ELEMENTOS DE PRODUCTOS QUÍMICOS	FECHA DE FABRICACIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE EXPIRACIÓN
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EXPIRACION QUÍMICA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:

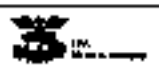
Este formulario es de uso interno del Hospital y no debe ser entregado a los proveedores. Solo el personal de salud puede utilizarlo.

Nombre del trabajador: Zamora Zamora

Fecha: _____

ESTADO DE NEOTILOGIA PREVIENIDA	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION	FECHA DE PARTICIPACION
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TRAJEROS DE OBRERO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															

Observaciones:



DESPACHO DE MEDICAMENTO CONTROLADO

FORMULA 113

SISTEMA DE GERENCIA DE ALERGIAS Y OTRAS ENFERMEDADES DE ENFERMEDADES Y CONTROL

MINISTERIO DE SALUD
APRIL 2011
30/01/2011

OBJETIVO Y METAS: APLICACIÓN DE SUPLENIDOS DE PROTECCIÓN RESERVADA PARA LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A BASES CONTEMPORÁNEAS EN LOS TRABAJADORES DE LA P.V.C. SALUD DEL PAIS.

Página 1 de 1

Nombre del paciente: Monica Romero

Profesión: odontóloga

ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN
TARJETAS COMISIONADO																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
TARJETAS COMISIONADO																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
TARJETAS COMISIONADO																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
TARJETAS COMISIONADO																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
OTRO ATRIBUTO	<u>01/03/11</u>	<u>02/03/11</u>	<u>03/03/11</u>	<u>04/03/11</u>	<u>05/03/11</u>	<u>06/03/11</u>	<u>07/03/11</u>	<u>08/03/11</u>	<u>09/03/11</u>	<u>10/03/11</u>	<u>11/03/11</u>	<u>12/03/11</u>	<u>13/03/11</u>	<u>14/03/11</u>	<u>15/03/11</u>	
FECHA DEL TRABAJADOR	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	
OTRO ATRIBUTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTRO ATRIBUTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTRO ATRIBUTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTRO ATRIBUTO	<u>01/03/11</u>	<u>02/03/11</u>	<u>03/03/11</u>	<u>04/03/11</u>	<u>05/03/11</u>	<u>06/03/11</u>	<u>07/03/11</u>	<u>08/03/11</u>	<u>09/03/11</u>	<u>10/03/11</u>	<u>11/03/11</u>	<u>12/03/11</u>	<u>13/03/11</u>	<u>14/03/11</u>	<u>15/03/11</u>	
FECHA DEL TRABAJADOR	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	<u>MAR</u>	
OTRO ATRIBUTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTRO ATRIBUTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTRO ATRIBUTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																

Observaciones: _____



CÓDIGO DE REGISTRO CONTINUO

SISTEMA DE CONTROL DE TRABAJADORES CON REGISTRO Y DE SISTEMAS DE REGULACIÓN Y CONTROL

ENTREGA Y RECIBO DE SUTILES CAPES DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL PARA IDENTIFICAR LA BOMBA COMO FUNCIONARIO A SER CONSIDERADO EN EL OBTENIMIENTO DE TRABAJO EN GRUPOS DE LA CFT EN EL MES DE _____

COMPLETADO

MUNICIPIO DE APLICACIÓN: _____

PÁG. 18

Nombre del trabajador: Cordano Infante

Proceso: Asignación de citas

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TRABAJADOR GUAYACANO	05-08-21														
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]														
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	07-08-21														
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]														
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	10-08-21														
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]														
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	11-08-21														
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]														
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	12-08-21														
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]														
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones: _____

Este documento es propiedad de la Empresa del Grupo Empresarial de la CFT y no debe ser utilizado para fines ajenos a los autorizados por la Empresa del Grupo Empresarial de la CFT.



SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS CONTABLES Y OPERATIVOS DE EMERGENCIAS Y COOPERACIÓN

FORMA 110

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

ENTRADA Y RECEPCION DE DOCUMENTOS DE PROCEDEMOS ADMINISTRATIVOS PARA LA EMERGENCIA OPERATIVA EN LOS TRABAJADORES DE LA E.A.E. S.A. DE C.V.

Nombre del Expediente

Daresi / Cuba City

Asignacion de obs.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN FISCAL	FECHA DE AUTORIZACIÓN	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE EMISION	SECRETARÍA DE ECONOMÍA	FECHA DE EMISION	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE EMISION	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE EMISION	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE EMISION	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE EMISION	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE EMISION	FECHA DE RECEPCION
TAPAS DE OBREROS	24/03/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015	03/04/2015
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE OBREROS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE OBREROS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE OBREROS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE OBREROS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE OBREROS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE OBREROS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE OBREROS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE OBREROS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE OBREROS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE OBREROS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE OBREROS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE OBREROS																
FORMA DEL TRABAJADOR																



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
 SISTEMA DE GESTIÓN DE ATENCIÓN CONTINUA Y DE SERVICIO DE EVALUACIÓN Y CONTROL
 FICHA DE REGISTRO DE ATENCIÓN CONTINUA DE PERSONAL ENFERMERA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD DEL ESTADO

FORMA-110
 SERVICIO: 1
 ATENCIÓN: 00000000
 Pág. 1/1

Nombre del Paciente: JAEL VARGAS

Paciente: FACTURACION

SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	FECHA DE CHEQUEO	FECHA DE CHEQUEO	FECHA DE CHEQUEO	FECHA DE CHEQUEO	FECHA DE CHEQUEO	FECHA DE CHEQUEO	FECHA DE CHEQUEO	FECHA DE CHEQUEO	FECHA DE CHEQUEO	FECHA DE CHEQUEO	FECHA DE CHEQUEO	FECHA DE CHEQUEO	FECHA DE CHEQUEO
TRABAJADOR QUÉ SE HUBO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉ SE HUBO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉ SE HUBO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉ SE HUBO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉ SE HUBO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉ SE HUBO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉ SE HUBO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉ SE HUBO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉ SE HUBO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉ SE HUBO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUÉ SE HUBO															
FORMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones: _____

Este documento es propiedad de la Empresa del Estado de Tabasco. No debe ser repartido por ningún medio, de pena será sancionado. © Empresa del Estado de Tabasco de Servicios



ESTADO DE EJECUCIÓN DE OBRAS		CÓDIGO: 14	
PERSONA DE GESTIÓN DEL DOCUMENTO CONTROL Y REGISTRO DE CALIDAD (CONTROL)			
CARRERA Y RELACION A LAS OBRAS DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AMBIENTAL PARA EVITAR LA CONTAMINACIÓN DEL AMBIENTE Y LA SALUD DEL PUEBLO			
AUTORIDAD		CATEGORÍA	
P. 14		P. 14	

Nombre del Proyecto: Parque Los Puntos

Actividad: Facturación

FECHA DE INICIO DE LA OBRERA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA OBRERA	FECHA DE INICIO DE LA OBRERA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA OBRERA	FECHA DE INICIO DE LA OBRERA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA OBRERA	FECHA DE INICIO DE LA OBRERA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA OBRERA	FECHA DE INICIO DE LA OBRERA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA OBRERA	FECHA DE INICIO DE LA OBRERA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA OBRERA	FECHA DE INICIO DE LA OBRERA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA OBRERA	FECHA DE INICIO DE LA OBRERA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA OBRERA
1. TRABAJOS DE PREPARACIÓN															
2. OBRAS DE FUNDACIÓN															
3. OBRAS DE ESTRUCTURACIÓN															
4. OBRAS DE ACABADO															
5. OBRAS DE INSTALACIÓN DE EQUIPOS															
6. OBRAS DE MANTENIMIENTO															
7. OBRAS DE REPARACIÓN															
8. OBRAS DE RECONSTRUCCIÓN															
9. OBRAS DE DEMOLICIÓN															
10. OBRAS DE RECONSTRUCCIÓN DE EQUIPOS															
11. OBRAS DE REPARACIÓN DE EQUIPOS															
12. OBRAS DE RECONSTRUCCIÓN DE EQUIPOS															
13. OBRAS DE REPARACIÓN DE EQUIPOS															
14. OBRAS DE RECONSTRUCCIÓN DE EQUIPOS															
15. OBRAS DE REPARACIÓN DE EQUIPOS															



GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	
SISTEMA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y GESTIÓN DE CALIDAD Y OTRAS	
EMPRESA Y RELACIÓN A LA EFECTUACIÓN DE EL PROYECTO DE PROYECCIÓN PERSONAL PARA PROMOVER LA EXPANSIÓN EMPRESARIAL, BARRA CONE JOYAS TRAJER LOS TRABAJADORES DE LA EMPRESA EN EL	
TRÁMITE	
CARGO Y/O	1
APPROBACIÓN	00000000
Página	

Nombre del Empleado: ARNOLD OLIVERA

Proyecto: ASIGNACIÓN DE CITAS

SEMANAS DE PROYECCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARJETA DE ENTREGA																
FECHA DE ENTREGA																
TARJETA DE ENTREGA																
FECHA DE ENTREGA																
TARJETA DE ENTREGA																
FECHA DE ENTREGA																
TARJETA DE ENTREGA																
FECHA DE ENTREGA																
TARJETA DE ENTREGA																
FECHA DE ENTREGA																
TARJETA DE ENTREGA																
FECHA DE ENTREGA																
TARJETA DE ENTREGA																
FECHA DE ENTREGA																
TARJETA DE ENTREGA																
FECHA DE ENTREGA																



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA
 SISTEMA DE REGISTRO Y MONITOREO DEL CONTROL Y EVALUACIÓN Y CONTROL
 ENTREGA Y RECIBO A LA FAMILIA DE EL EMPEÑO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA RESERVA DE EMPLEO DE PERSONAL A PARTIR DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE LA FASE SALUD DEL PERSONAL

FORMA 110
 VERSION 1
 APROBADA EN OCTUBRE 2008
 PAG. 01

Nombre del trabajador: Jenny Fricón

Actividad: FACTURACION

ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARJETAS QUÍMICAS	01-03-21	02-03-21	03-03-21	04-03-21	05-03-21	06-03-21	07-03-21	08-03-21	09-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21			
FIRMA DEL TRABAJADOR	Jenny	Jenny	Jenny	Jenny	Jenny	Jenny	Jenny	Jenny	Jenny	Jenny	Jenny	Jenny			
TARJETAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



Nombre del Trabajador: PELBA FOMERCA

Nombre: FACTURACION

EL TIPO DE ACTIVIDAD DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
ENTREGA DE BIENESTAR PERSONAL	1-03-21	2-03-21	3-03-21	4-03-21	5-03-21	6-03-21	7-03-21	8-03-21	9-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21			
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>				
ENTREGA DE BIENESTAR PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DE BIENESTAR PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DE BIENESTAR PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DE BIENESTAR PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DE BIENESTAR PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DE BIENESTAR PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



Sistema de Control de Inventario Control y Gestión de Calidad y Control

SISTEMA DE CONTROL DE INVENTARIO CONTROL Y GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL

SISTEMA DE CONTROL DE INVENTARIO CONTROL Y GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL

CORRECCIÓN

VERIFICAR

APROBACIÓN

FIRMAS

Nombre del trabajador: KAREN MORALES

PROCESO: FACTURACIÓN

DIAS DE PRODUCCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TAREAS QUE DEBE HACER	01/05/21	02/05/21	03/05/21	04/05/21	05/05/21	06/05/21	07/05/21	08/05/21	09/05/21	10/05/21	11/05/21	12/05/21			
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Karen M	Karen M	Karen M	Karen M	Karen M	Karen M	Karen M	Karen M	Karen M	Karen M	Karen M	Karen M			
TAREAS QUE DEBE HACER															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TAREAS QUE DEBE HACER															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TAREAS QUE DEBE HACER															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TAREAS QUE DEBE HACER															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TAREAS QUE DEBE HACER															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TAREAS QUE DEBE HACER															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TAREAS QUE DEBE HACER															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															

Este documento es propiedad de Ferras de C.V. y no debe ser utilizado para fines ajenos a los que fue creado. Toda reproducción o uso no autorizado de este documento será sancionado.



SECCIÓN DE LAS OBRAS DE CONTROL

SECRETARÍA DE ESTADO DE BIENESTAR SOCIAL Y SECCIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL


TRABAJO Y SALUD - SISTEMA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE PREVENCIÓN POR RIESGO PARA PREVENIR LA OCUPACIONAL LA SALUD DEL TRABAJADOR según Ley 18, del 19 de mayo de 1992 y Ley 81 de 2010 del Poder Judicial

FORMA 118	
LOCALIDAD	1
PROVINCIA	MATRUCA
Pág. 14	

Nombre del trabajador: YESICA TARAZONA

Proceso: FACTURACION

ELEMENTOS DE PREVENCIÓN LABORAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TRABAJADOR QUE ENTREGA	02-03-2011	03-03-2011	04-03-2011	05-03-2011	06-03-2011	07-03-2011	08-03-2011	09-03-2011	10-03-2011	11-03-2011	12-03-2011					
Nombre del TRABAJADOR	YESICA TARAZONA	YESICA TARAZONA	YESICA TARAZONA	YESICA TARAZONA	YESICA TARAZONA	YESICA TARAZONA	YESICA TARAZONA	YESICA TARAZONA	YESICA TARAZONA	YESICA TARAZONA	YESICA TARAZONA					
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE ENTREGA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE ENTREGA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE ENTREGA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE ENTREGA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE ENTREGA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE ENTREGA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE ENTREGA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE ENTREGA																
FECHA DEL TRABAJADOR																

	CENTRO DE ATENCIÓN EN EL COMPLEJO											FORMULARIO			
	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA / INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA / CENTRO DE ATENCIÓN EN EL COMPLEJO													NÚMERO	FECHA
	ENTREGA PERSONAL A SUBSECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EFUSIÓN DEL VIRUS EN LA BASE CON CONTACTO ENTRE LOS TRABAJADORES DE LA RES. E SALUD DEL COMPLEJO													ASIGNACIÓN	INICIADO

Nombre del trabajador: CLAUDIA PINZON

Fecha: ASIGNACIÓN DE CITAS

ENTREGA DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARJETA DE ENTREGA	1-3-21	2-3-21	3-3-21	4-3-21	5-3-21	6-3-21	7-3-21	8-3-21	9-3-21	10-3-21					
FECHA DEL TRABAJADOR	C-P	C-P	C-P	C-P	C-P	C-P	C-P	C-P	C-P	C-P					
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															



SISTEMA DE MANEJO CONTINUO
SISTEMA DE OTORGAMIENTO CONTINUO Y GESTION DE EVALUACION CONTINUA
ENTREGA Y RECEPCION A SATISFACCION DEL SUJETOS DE PROTECCION PERSONAL PARA PREVENIR LA CONTAMINACION ORGANIZACIONAL, A TRAVES DE LA COMPRENSION DE LOS TRABAJADORES DE LA ES E SALUD DEL PAIS

FORMULARIO
 APROBADO
 REVISADO
 Pág. 01

Nombre del trabajador: LIDA YILANY ROSA

Proceso: Formulación

ELEMENTOS DE MANEJO CONTINUO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION
ENTREGA DEL TRABAJADOR	01/03	07-03	08/03	09-03	10-3	11-03	12-03									
RECIBO DEL TRABAJADOR	01/03	07-03	08/03	09-03	10-3	11-03	12-03									
ENTREGA DEL TRABAJADOR																
RECIBO DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DEL TRABAJADOR																
RECIBO DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DEL TRABAJADOR																
RECIBO DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DEL TRABAJADOR																
RECIBO DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DEL TRABAJADOR																
RECIBO DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DEL TRABAJADOR																
RECIBO DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DEL TRABAJADOR																
RECIBO DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DEL TRABAJADOR																
RECIBO DEL TRABAJADOR																

El presente es un procedimiento de trabajo de la Dirección de Trabajo y Recursos Humanos de la Organización, el cual tiene como objetivo garantizar la calidad de los servicios prestados por el personal de la Organización.



CUENTA DE MANTENIMIENTO CONTINUA

SISTEMA DE GESTION DE MANTENIMIENTO CONTINUA - RESPONDE EVALUACION - CONTROL

ENTREGA Y RECEPCION A SATISFACCION DE EL TRABAJADOR DE PRODUCTOS PERSONALES PARA SER USADOS A DISPOSICION DE LA ORGANIZACION A CADA OCHO (8) DIAS DE LOS TRABAJADORES DE LA ES E EN EL ORDEN DE TRABAJO

Formulario 10

U.P. No. _____

APROBACION: _____

FECHA: _____

Nombre del trabajador: Sergio Cambita

Nombre de la Empresa: La Farmacia

ELEMENTO DE PRODUCTO PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARJETAS DE BOLSILLO	12/03/2021														
FORMA DEL TRABAJADOR	<u>Sergio Cambita</u>														
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE BOLSILLO															
FORMA DEL TRABAJADOR															

Otro uso: _____



REGISTRO DE MANEJO DE CONTINUIDAD

ESTADO DE OCASIONALES, ADIUDADOS CONTINUOS Y ADIUDADOS DE CALIFICACION Y CONTROL

ESKAR-100
VÁLIDA HASTA:
REVISIONES: TABLAS:
PÁG. 14

Motivo de Presentación:

ANDRÉS ARACCE

Categoría:

JEFE

TIPO DE CONTINUIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
FIRMA DEL TRABAJADOR	13/21	13/21														
FIRMA DEL TRABAJADOR	13/21	13/21														
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Esta información procede de la base de datos de la Dirección General de Inspección del Trabajo y Seguridad Social del Ecuador, elaborada por el personal de la Dirección General de Inspección del Trabajo.



Ministerio de Educación

CENTRO DE DESARROLLO CONTINUO

INSTRUMENTO DE MONITOREO CONTINUO Y DESEMONDE EVALUACION Y CONTROL

CURSO: 410	
TEMA:
APROBACION:
Pag. 14	

Nombre del estudiante:

ANGIE JULIANA SARMIENTO

Apellido:

DEFE

FECHA DEL TRABAJO	FECHA DE GRUPO	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL	FECHA DE INDIVIDUAL
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO	08-03-21	02-03-21	03-03-21	04-03-21											
FECHA DEL TRABAJO	Angie	Angie	Angie	Angie											
FECHA DEL TRABAJO	09-03-21	05-03-21	06-03-21	07-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21								
FECHA DEL TRABAJO	Angie	Angie	Angie	Angie	Angie	Angie	Angie								
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO	01-03-21	02-03-21	03-03-21	04-03-21	05-03-21	06-03-21	07-03-21	08-03-21	09-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21			
FECHA DEL TRABAJO	Angie	Angie	Angie	Angie	Angie	Angie	Angie	Angie	Angie	Angie	Angie	Angie			
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO															
FECHA DEL TRABAJO															



CARTELERA DE EMPLEADO

SISTEMA DE EMERGENCIAS - CONTROL DE EMERGENCIAS

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES

EMPLEADO	
NOMBRE	...
APELLIDOS	...
PAG. Nº	...

Nombre(s) del(a): ARNOLDO OJARES

ENFERMERIA

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
EMPALME DE EMPLEADO				04/03/21	08/03/21									
PISTA DEL TRABAJADOR														
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN														
PISTA DEL TRABAJADOR														
IDENTIFICACIÓN														
PISTA DEL TRABAJADOR														
COMPARTIMENTOS	01/03/21	02/03/21	03/03/21	04/03/21	05/03/21	06/03/21	07/03/21	08/03/21	09/03/21	10/03/21	11/03/21	12/03/21		
PISTA DEL TRABAJADOR														
COMPARTIMENTOS														
PISTA DEL TRABAJADOR														
COMPARTIMENTOS														
PISTA DEL TRABAJADOR														
COMPARTIMENTOS														
PISTA DEL TRABAJADOR														
COMPARTIMENTOS	01/03/21	02/03/21	03/03/21	04/03/21	05/03/21	06/03/21	07/03/21	08/03/21	09/03/21	10/03/21	11/03/21	12/03/21		
PISTA DEL TRABAJADOR														
COMPARTIMENTOS														
PISTA DEL TRABAJADOR														
COMPARTIMENTOS														
PISTA DEL TRABAJADOR														
COMPARTIMENTOS														
PISTA DEL TRABAJADOR														
COMPARTIMENTOS														

Observaciones:



Nombre del Interventor: DIANA CAMARERO NIÑO

Fecha: 03/02

CUESTIONARIO DE PROTECCION SOCIALIZADA	FECHA DE EMPEÑO	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE EMERGENCIA
TAPABOCAS O EQUIVALENTE	03-02-21	4-3-021	5-3-021	6-3-021	7-3-021	8-3-021	9-3-021								
FIRMA DEL TRABAJADOR	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana								
TAPABOCAS O EQUIVALENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS O EQUIVALENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS O EQUIVALENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS O EQUIVALENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS O EQUIVALENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS O EQUIVALENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS O EQUIVALENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS O EQUIVALENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



SECCION DE ASESORAMIENTO CONTINUA

SECCION DE ASISTENCIA JURISDICCIONAL CONTINUA a SECCION DE EVALUACION CONTINUA

CIRCUITO JUDICIAL DE LA CIUDAD DE QUITO DEL PROCESO DEL PERSONAL POLICIAL NACIONAL, CATEGORIA OCUPACIONAL A-01-A-001-2-01 DEL PLAN DE TRABAJO DEL ONPE A.C. DEL COMITÉ EJECUTIVO

EQUIPO 110

USUARIO: _____

OPERACION: _____

INDICADOR: _____

Pag. 111

Nombre del Expediente: LABOR MARTINEZ

Proceso: OTR

NUMERO DE INSPECCION FISICA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones: _____

Este documento es propiedad de la Superintendencia del Trabajo y es confidencial. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de la Superintendencia del Trabajo es estrictamente prohibido.



SISTEMA DE REGISTRO AUTOMATIZADO DE CONTRATOS Y SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CONTROL
 DE LOS TRABAJADORES Y DE LOS EMPLEADOS DEL SECTOR PRIVADO, ESPECIAL PARA PERSONAS LA ESPERANZA OTRAS QUE SEAN TRABAJADORES DE LA 2ª y 3ª UNIDAD

FORM N° 10	
CONTIENE	1
APARECIÓ	CONTINUA
Fp. 11	

Nombre del trabajador: **DANILO PATRICIA ACERO**

Apellido: **ACERO**

COLUMNINCO DE INDICACION PARITARIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE RETORNO	FECHA DE REINTEGRO	FECHA DE REINTEGRO	FECHA DE REINTEGRO	FECHA DE REINTEGRO	FECHA DE REINTEGRO	FECHA DE REINTEGRO	FECHA DE REINTEGRO	FECHA DE REINTEGRO	FECHA DE REINTEGRO	FECHA DE REINTEGRO	FECHA DE REINTEGRO	FECHA DE REINTEGRO
ESPANOL PARITARIO	01/02/21	02/03/21	03/03/21	04/03/21	05/03/21	06/03/21	07/03/21	08/03/21	09/03/21	10/03/21					
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]					
FIRMA DEL EMPLEADOR															
OTRO ATENDIDO	01/02/21	02/03/21	03/03/21	04/03/21	05/03/21										
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]										
FIRMA DEL EMPLEADOR															
MARCA PARA LA UNIDAD	01/02/21	02/03/21	03/03/21	04/03/21	05/03/21	06/03/21	07/03/21	08/03/21	09/03/21	10/03/21					
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]					
FIRMA DEL EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL EMPLEADOR															



ESTADO DE TLAXCALA

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

FORMULARIO 110

VERSIÓN 1
PROCESO 2000

FORMULARIO PARA EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA SECUNDARIA DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

Página 1 de 1

Nombre del estudiante

NOBIA BOBAYO

Apellido

de la

SEMANAS DE EVALUACIÓN PERIÓDICA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA
PRIMA DEL TERCER SEMESTRE															
PRIMA DEL CUARTO SEMESTRE															
PRIMA DEL QUINTO SEMESTRE															
PRIMA DEL SEXTO SEMESTRE															
PRIMA DEL SÉPTIMO SEMESTRE															
PRIMA DEL OCTAVO SEMESTRE															
PRIMA DEL NOVENO SEMESTRE															
PRIMA DEL DÉCIMO SEMESTRE															
PRIMA DEL UNDÉCIMO SEMESTRE															
PRIMA DEL DUODÉCIMO SEMESTRE															
PRIMA DEL TERCER SEMESTRE															
PRIMA DEL CUARTO SEMESTRE															
PRIMA DEL QUINTO SEMESTRE															
PRIMA DEL SEXTO SEMESTRE															
PRIMA DEL SÉPTIMO SEMESTRE															
PRIMA DEL OCTAVO SEMESTRE															
PRIMA DEL NOVENO SEMESTRE															
PRIMA DEL DÉCIMO SEMESTRE															
PRIMA DEL UNDÉCIMO SEMESTRE															
PRIMA DEL DUODÉCIMO SEMESTRE															

Este formulario es propiedad del Estado de Tlaxcala. No debe ser vendido ni distribuido, sin permiso escrito de la Secretaría de Educación y Cultura del Estado de Tlaxcala.



GESTIÓN DE PERSONAL Y CONTROL

DETERMINACIÓN DEL RENDIMIENTO, CONTROL Y DESPACHO DE EVALUACIÓN Y CONTROL

EMPLOYEAS Y EMPLEADOS ENTREGAN EN EL MOMENTO DE PRESENTACIÓN PERSONAL O PARA ENTREGAR LA APLICACIÓN DE OCUPACIÓN A SU SUPERVISOR COMO FORMA DE CUMPLIMIENTO DE LA RSE E SALUD DEL EMPLEADO.

FECHA DEL

PERIODO

PERIODO QUIN
COMIENZA

PÁG. 17

Nombre del Evaluado: LIZETH KATHERINE UVAS Cargo: JEFE

INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL	1/3/21	2/3/21	3/3/21	4/3/21	5/3/21	6/3/21	7/3/21	8/3/21	9/3/21	10/3/21	11/3/21	12/3/21				
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL	Lizeth	Lizeth	Lizeth	Lizeth	Lizeth	Lizeth	Lizeth	Lizeth	Lizeth	Lizeth	Lizeth	Lizeth				
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																
INDICADOR DE PROJECCIÓN PERSONAL																

FECHA DEL



SECRETARÍA DE GOBIERNO INTERIORES

SECRETARÍA DE GOBIERNO INTERIORES COMANDO Y COORDINACIÓN EN FUNCIONES

FORMULARIO

PROCESO DE

REVISIÓN

Página

Nombre del grupo

LUISA FERNANDA ARROYO

Función

JEFE

CATEGORÍA	FECHA	CATEGORÍA	FECHA	CATEGORÍA	FECHA	CATEGORÍA	FECHA	CATEGORÍA	FECHA	CATEGORÍA	FECHA	CATEGORÍA	FECHA	CATEGORÍA	FECHA
TARABOCAY QUEBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA QUEBROCO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															
EMPRESA QUEBROCO															



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS

SUBSECRETARÍA DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS

ECONOMÍA	
Arteses	1
PROYECTOS	Subvenciones
No. 1	

Nombre del beneficiario:

JULIETA GARCIA

Apellido:

DE LA

TIPO DE SERVICIO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE CONTINGENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE CONTINGENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE CONTINGENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE CONTINGENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE CONTINGENCIA
FONDA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE SUBSIDIO															
FONDA DEL TRABAJADOR															
RENTAS DE SUBSIDIO															
FONDA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE SUBSIDIO															
FONDA DEL TRABAJADOR															
FONDA DEL TRABAJADOR															
FONDA DEL TRABAJADOR															
CONTRIBUCIONES															
FONDA DEL TRABAJADOR															
CONTRIBUCIONES															
FONDA DEL TRABAJADOR															
CONTRIBUCIONES															
FONDA DEL TRABAJADOR															
CONTRIBUCIONES															
FONDA DEL TRABAJADOR															
CONTRIBUCIONES															
FONDA DEL TRABAJADOR															
CONTRIBUCIONES															
FONDA DEL TRABAJADOR															
CONTRIBUCIONES															
FONDA DEL TRABAJADOR															
CONTRIBUCIONES															
FONDA DEL TRABAJADOR															
CONTRIBUCIONES															

Handwritten notes:
 En los meses de agosto, los meses de agosto...
 En los meses de agosto, los meses de agosto...
 En los meses de agosto, los meses de agosto...
 En los meses de agosto, los meses de agosto...
 En los meses de agosto, los meses de agosto...

Observaciones:



INSTITUCIÓN EDUCATIVA

GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO E SECTOR DE EVALUACIÓN Y CONTROL

ANÁLISIS Y REVISIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE MEJORA PERSONAL, ACADÉMICA, POR LA EFECTIVIDAD DEL PLAN DE TRABAJO Y DE LAS ESTRATEGIAS DE LA ESCUELA DEL ESTUDIANTE

FORMA 10

VERSIÓN 1

APROBADA

08/03/2010

Página 1 de 1

Nombre del establecimiento:

González, Juan, Blanca Bonilla

Formación

ELEMENTOS DE MEJORA CONTINUO	FECHA DE ELABORACIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
EXPOSICIÓN ORAL	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12
TRABAJO DEL TRABAJADOR	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12	12-03-12
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	
TRABAJO DEL TRABAJADOR																	

Observaciones:



DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

FORMA 001-115

SISTEMA DE DESARROLLO DE PERSONAL Y GESTION DE EVALUACION Y CONTROL

VERSIÓN 1

ENTRADA Y REGISTRO A ENTRENAMIENTO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PROTEGER LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL DESEMPEÑO DE LA ACTIVIDAD DEL TRABAJO

AUTORIZACIÓN

FORMA 001-115

Página 1 de 1

Nombre del empleado: Clara Montaña

Apellido: Formacia

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
ENTRENAMIENTO INICIAL	11-3	5-3	8-3	9-3	10-3	11-3	12-3									
FIRMA DEL TRABAJADOR	<u>e</u>	<u>e</u>	<u>e</u>	<u>e</u>	<u>e</u>	<u>e</u>	<u>e</u>									
ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones:



DEPARTAMENTO DE INGENIERIA Y SISTEMAS

SISTEMA DE GESTIÓN DE LOGÍSTICA Y DISTRIBUCIÓN DE MATERIALES

ENTREGA Y RECEPCIÓN DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN (PERSONA), PARA PROYECTO DE OBRAS DE RECONSTRUCCIÓN DE LA CALLE CALLES DEL COMPLEJO INDUSTRIAL

FORMA N° 1

FECHA: 10/03/21
LUGAR: TOROYORO

PM 11

Fecha de elaboración: 10/03/21 Aprobado: [Firma]

Proyecto:

DESCRIPCIÓN DE MATERIALES	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN
Forma del trabajador	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21	10/03/21
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																
Tamaño del bloque																

Observaciones:

Este documento es propiedad de la Empresa del Estado de Toros y no debe ser reproducido ni distribuido sin el consentimiento escrito de la Empresa del Estado de Toros.



MINISTERIO DE SALUD PÙBLICA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

SISTEMA DE CONTROL DE LABORATORIOS DE INVESTIGACION Y SERVICIO DE CONTROL DE CALIDAD

ESTADÍSTICA Y REGISTRO A SERVICIO DE LA SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN DE LOS ALIMENTOS Y LA SALUD DEL CIUDADANO

FORMA No.

1

APROBACION

1

Pág. VI

Nombre del paciente: Stacy Andrea Gao Antola

Parotiditis

ELEMENTOS DE EVOLUCIÓN LABORAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA
TARJETAS OBTENIDAS	04-07-21	05-08-21	07-08-21	01-09-21	02-09-21	03-09-21	04-09-21	05-09-21	06-09-21	07-09-21	08-09-21	09-09-21	10-09-21	11-09-21	12-09-21
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
TARJETAS OBTENIDAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS OBTENIDAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS OBTENIDAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS OBTENIDAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS OBTENIDAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS OBTENIDAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS OBTENIDAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS OBTENIDAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS OBTENIDAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS OBTENIDAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:



MINISTERIO DE LA SEGURIDAD INTERIOR

SERVICIO NACIONAL DE COMANDO EN JEFE Y COMANDANTES EN JEFE DE POLICIA Y FUERZAS ARMADAS REVOLUCIONARIAS

INFORME * ACCIDENTE O SANEAMIENTO DE LESIONES DE PROTECCION PERSONAL PARA PERSONAL DE LA FUERZA ARMADA REVOLUCIONARIA A BASE CONSTRUCTIVA EN PELIGRO POR ACCIDENTES DE TRABAJO EN LA UNIDAD

Código N°

VELOCIDAD

APROBACION

00000000

04/81

Nombre del lesionado: T. Alfonso Velazquez

Reservado

FECHA DE LA OCURRENCIA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
IMPRESION IMPRESORA	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00	03/03/00
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																
IMPRESION IMPRESORA																



GESTIÓN DE INCAPACITACIONES

SISTEMA DE GESTIÓN AUTOMATIZADO COMPLEJO Y ADAPTADO DE EVALUACIÓN COMPLEJA

DIRIGIDA Y FINANCIADA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL PARA PROMOVER LA ORDENACIÓN OCUPACIONAL A PARTIR DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LAS EMPRESAS DE LA REGIÓN DE LA

Form. G-114
MUNICIPIO: _____
PROVINCIA: _____
COMUNIDAD: _____
Pág. 01

Nombre del trabajador: _____

Apellido: _____

EL TRABAJADOR PUEDE CONTINUAR EN SU EMPLEO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TRABAJADOR QUE DEBE SER																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE DEBE SER																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE DEBE SER																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE DEBE SER																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE DEBE SER																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE DEBE SER																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE DEBE SER																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE DEBE SER																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUE DEBE SER																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones: _____

Este documento es propiedad del Fideicomiso de Chile. El uso del trabajador para fines no autorizados por ley es nulo. El uso no autorizado de este documento por parte de terceros puede acarrear sanciones legales.



DEFINICIÓN DE MEDICAMENTO CONTINUA

PERSONA QUE OTORGA EL MEDICAMENTO CONTINUO A SEPTIEMBRE DEL 2014

ENTREGA Y RECIBO DE ALIMENTACIÓN DE ALIMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN DEL PERSONAL A SANGRE O FLUIDOS BIOLÓGICOS DE TRABAJADORES DE LA SALUD DEL

SECCIÓN 100

COMPANIA 1

APROBACION 10000000

Pág. 1/1

Nombre del trabajador:

Profesión:

INDICADOR DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPADOJO OBRERO															
FORMA DEL TRABAJADOR															



GESTIÓN DE MEDICAMENTOS CON FARMACIA

SISTEMA DE GESTIÓN DE FARMACIAS POR CONTROL Y DESPACHO DE ENTREGAS Y CONTROL

CONTROL Y DESPACHO DE FARMACIAS DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN PRIMARIA PARA PREVENIR LA ESCASEZ DE MEDICAMENTOS Y SU USO CORRECTIVO EN LOS TRABAJADORES DE LA R. D. DE SALUD DEL TUNJUAL

ESPECIALIDAD:
 NOMBRE:
 APELLIDOS:
 Págs: 1/1

Int. Stella Carreras

Laboratorio Clínico

CLASIFICACIÓN DE ACTIVACIÓN PERSONAL	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TAPABOCAS DE PLÁSTICO															
PARA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS DE BAMBÚ															
PARA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS DE LANA															
PARA DEL TRABAJADOR															
CONTRA EL SIDA															
CONTRA EL SIDA	04/02/21	05/02/21	13/02/21	09/02/21	10/02/21	11/02/21	12/02/21								
PARA DEL TRABAJADOR	Stella Carreras	Stella Carreras	Stella Carreras	Stella Carreras	Stella Carreras	Stella Carreras	Stella Carreras								
CONTRA EL SIDA															
PARA DEL TRABAJADOR															
CONTRA EL SIDA															
PARA DEL TRABAJADOR															
CONTRA EL SIDA	04/02/21	05/02/21	09/02/21	09/02/21	10/02/21	11/02/21	12/02/21								
PARA DEL TRABAJADOR	Stella Carreras	Stella Carreras	Stella Carreras	Stella Carreras	Stella Carreras	Stella Carreras	Stella Carreras								
CONTRA EL SIDA															
PARA DEL TRABAJADOR															
CONTRA EL SIDA															
PARA DEL TRABAJADOR															



Centro de Inmunización

SERIE DE VACUNAS COMPLETAS Y DESRINDICACIONES

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES EN EL TRABAJO DE LA E.S.E. SALUD DEL TRABAJADOR

CÓDIGO 113	
VERIFICACIÓN	1
ADMONICIÓN	1
P. No. 113	

Nombre del trabajador

Arqueobana Amigada

Nombre del establecimiento

Laboratorio Clínica

DESCRIPCIÓN DE LA PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TAPABUCOS QUEMADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUCOS QUEMADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUCOS QUEMADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
GORRO ANTIFLUIDO	04/03/21	05/03/21	06/03/21	07/03/21	08/03/21	09/03/21									
FIRMA DEL TRABAJADOR	Johanna A.	Johanna A.	Johanna A.	Johanna A.	Johanna A.	Johanna A.									
GORRO ANTIFLUIDO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
GORRO ANTIFLUIDO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
GORRO ANTIFLUIDO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
BATA ANTIFLUIDA ANTILIBRO	04/03/21	05/03/21	06/03/21	07/03/21	08/03/21	09/03/21									
FIRMA DEL TRABAJADOR	Johanna A.	Johanna A.	Johanna A.	Johanna A.	Johanna A.	Johanna A.									
BATA ANTIFLUIDA ANTILIBRO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
BATA ANTIFLUIDA ANTILIBRO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
BATA ANTIFLUIDA ANTILIBRO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones



SECCIÓN DE MEDICAMENTO OCISTOP

SISTEMA DE CONTROL MEDICAMENTO CONTROLADO Y SUS TIPOS DE ENTREGA (CONTINUA)

COM-201-10

ENTREGA Y RECIBO A PATRONOS DE ELIMINACIÓN DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PROPORCIONAR LA EXPOSICIÓN DE FARMACIAS A SUS CONVENCIONES EN LAS ENTREGAS DE LA FARMACIA DEL OESTE

VERIFICAR	PREPARAR
PREPARAR	PREPARAR
PAG. 11	

Nombre del paciente

Nedy Rojas

Apellido

Labandero Quiroz

CLASIFICACIÓN DE TIPO DE PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARJETA DE ENTREGA	04/02/21	05/02/21	06/02/21	07/02/21	08/02/21	09/02/21	10/02/21	11/02/21	12/02/21						
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															

Este documento es propiedad de la Farmacia de Control de Medicamentos y sus Tipos de Entrega. Prohibida la reproducción o el uso no autorizado, sin el consentimiento escrito de la Empresa Sectorial de Salud Pública de Tarapacá.




SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

ESTADÍSTICA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES. LA EXPOSICIÓN OCASIONAL A LA VIBRACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO EN EL SECTOR DE LA CONSTRUCCIÓN.

Página No. _____	
VERSIÓN	
AFILIACIÓN	COBRO
Pág. No.	

Nombre del trabajador: _____ Fecha: _____

ELEMENTOS DEL FACTOR DE RIESGO	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															

	SISTEMA DE MONITORIO CONTINUO SISTEMA DE GESTION DEL DESARROLLO PERSONAL Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL	POLIGRAMA 119 VERSION 1 APROBACION 1999 Págs. 11
SISTEMA DE MONITORIO CONTINUO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA MONITOREAR EFECTIVAMENTE LA EXPOSICION ORGANIZACIONAL A RIESGOS EN LOS TRABAJADORES DE LA FUERZA DE TRABAJO		

Nombre del trabajador: _____ Puesto: _____

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FECHA DE EMISION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE EXAMEN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															
TIPO DE PROTECCION PERSONAL															



Nombre del alumno: Jenny A. Tristán C Lugar: Laboratorio Clínico

ESTADOS DE ENTREGA DE LA ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TAPABOCAS OBTENIDO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS OBTENIDO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS OBTENIDO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
CONVO A ENTREGA	4-03-21	5-03-21	8-03-21	9-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21									
FIRMA DEL TRABAJADOR	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T									
CONVO A ENTREGA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
CONVO A ENTREGA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
CONVO A ENTREGA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
CONVO A ENTREGA	9-03-21	5-03-21	8-03-21	9-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21									
FIRMA DEL TRABAJADOR	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T									
CONVO A ENTREGA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
CONVO A ENTREGA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																



GESTIÓN DE SERVICIOS CONTROLADOS
SISTEMA DE GESTIÓN DE SERVICIOS CONTROLADOS Y CONTROL
 ENTREGA Y PAGO A GARANTÍA DE UNIDADES DE PARTICIPACIÓN PERSONAL PARA PERMANER LA POSIBILIDAD DE PARTICIPACIÓN A SERVIDORES PÚBLICOS EN CONDICIONES TRANSITORIAS DE LA LEY DE LA CARRERA PUBLICA

EDICIÓN N.º
 1076/21
 10-2021/21
 10-2021/21
 10-21

Nombre del solicitante: Leonel Cuervo

Para: Mantenimiento

SOLICITANTES DE PARTICIPACIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TAMBIÉN ENTREGADO	09-3-21	02-3-21	3-3-21	4-3-21	5-3-21	6-3-21	7-3-21	8-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21				
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>Leonel Cuervo</i>	<i>Leonel Cuervo</i>	<i>Leonel Cuervo</i>	<i>Leonel Cuervo</i>	<i>Leonel Cuervo</i>	<i>Leonel Cuervo</i>	<i>Leonel Cuervo</i>	<i>Leonel Cuervo</i>	<i>Leonel Cuervo</i>	<i>Leonel Cuervo</i>	<i>Leonel Cuervo</i>	<i>Leonel Cuervo</i>				
TAMBIÉN ENTREGADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAMBIÉN ENTREGADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAMBIÉN ENTREGADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAMBIÉN ENTREGADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAMBIÉN ENTREGADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAMBIÉN ENTREGADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAMBIÉN ENTREGADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAMBIÉN ENTREGADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAMBIÉN ENTREGADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAMBIÉN ENTREGADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

EPM/02-11
 REGIÓN I
 APDOCAT. VTE. TABASCO
 Pág. 11

Nombre del trabajador: Polo Rodríguez

Proceder: Mantenimiento

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
Botas de Seguridad	01-07-21	07-07-21	05-07-21	08-07-21	07-07-21	11-07-21									
Guantes de Seguridad															
Casaca de Seguridad															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															
Tapabocas															



OPCIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

SISTEMA DE OPCIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y OTRAS BARRAS EVALUADOR Y CONTROL

ESTE SISTEMA TIENE LA FUNCIÓN DE CLASIFICAR EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL PARA MEJORAR LA OPERACIÓN DE LA UNIDAD, ASÍ COMO LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD Y DEL USUARIO

Ejecución - 10	
VERSIÓN	ANEXO 01
FECHA DE APROBACIÓN	
FECHA DE CONTROL	

Nombre de la unidad: Cablos

Proceso: Mantenimiento

NOMBRE DEL ASPECTO A MONITOREAR	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FORMA DEL MANEJO DE															
SOPORTE															
FORMA DEL MANEJO DE															
SERVICIO															
FORMA DEL MANEJO DE															
SERVICIO															
FORMA DEL MANEJO DE															
SERVICIO															
FORMA DEL MANEJO DE															
SERVICIO															
FORMA DEL MANEJO DE															
SERVICIO															
FORMA DEL MANEJO DE															
SERVICIO															
FORMA DEL MANEJO DE															
SERVICIO															
FORMA DEL MANEJO DE															
SERVICIO															
FORMA DEL MANEJO DE															
SERVICIO															



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SISTEMA NACIONAL DE MONITOREO Y CONTROL DE LA SALUD OCUPACIONAL

FORMA Y FORMA DE ENTREGA DE LA SALUD OCUPACIONAL PARA EL MONITOREO Y CONTROL DE LA SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA

BOYD-114	
VERSIÓN	1
AFILIACIÓN	49-803341
Pág. 10	

NUMERO DE EMPRESA: 1052 SANABRIA

Nombre: _____

ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA
ESPECIFICAR ACTIVIDADES																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE ENTRENAMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Este documento es propiedad exclusiva del Estado de Colombia. Prohibida la reproducción, el uso no autorizado o la modificación de este documento sin el consentimiento escrito de la Secretaría de Salud Pública.



Apellido del trabajador: **Jose Maldonado**

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUIRURGICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones:



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDIOS Y EVALUACIÓN

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROYECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN LABORAL A RIESGOS CONEXOS EN EL TRABAJO DE LA C.C.S. DEL IIEE

VERIFICAR	1
Aprobación	08/08/2012
Pág. 01	

Nombre del trabajador: Mrs. Paola Angélica Ochoa

Función: Asesoría General

SUJETOS DE APOYO PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	SERIE DE MATERIALES	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
LABORATORIO						11-03-11	12-03-11								
PLANTA DEL TRABAJADOR						APPO	APPO								
LABORATORIO															
PLANTA DEL TRABAJADOR															
LABORATORIO															
PLANTA DEL TRABAJADOR															
CURSO ANTERIOR	04-03-11	05-03-11	06-03-11			10-03-11	12-03-11								
PLANTA DEL TRABAJADOR	APPO	APPO	APPO			APPO	APPO								
CURSO ANTERIOR															
PLANTA DEL TRABAJADOR															
CURSO ANTERIOR															
PLANTA DEL TRABAJADOR															
LABORATORIO	04-03-11	05-03-11	06-03-11	08-03-11	09-03-11	10-03-11	12-03-11								
PLANTA DEL TRABAJADOR	APPO	APPO	APPO	APPO	APPO	APPO	APPO								
LABORATORIO															
PLANTA DEL TRABAJADOR															
LABORATORIO															
PLANTA DEL TRABAJADOR															
LABORATORIO															
PLANTA DEL TRABAJADOR															



CESTRAN DE MEDICAMENTO CONTROLADO

SECRETARÍA DE DEFENSA Y SEGURIDAD PÚBLICA - MINISTERIO DE SALUD - CONTROL

ENTRADA / RECIBIDA A ENTREGA DE ELEMENTOS DEL PROYECTO INSTITUCIONAL PARA PREVENIR LA INFECCIÓN OBTUSCULAR A BARRA EN LOS TRABAJADORES DE LA EMPRESA DEL SECTOR

C/199.00-10

VOLVEMOS
PARALELO
LADO DERECHO

Pág. 01

Nombre del paciente: Claudia Milena Pulido O.

Profesión: Medicina

DEPOSITO DE FARMACIA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBIDA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBIDA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBIDA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBIDA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBIDA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBIDA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBIDA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBIDA
En Farmacia Controlada																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
EN FARMACIA CONTROLADA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
EN FARMACIA CONTROLADA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
EN FARMACIA CONTROLADA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
ORDEN ANTI LUGAR	11 Mar 20	9 Mar 20														
FIRMA DEL TRABAJADOR	11 Mar 20	11 Mar 20														
ORDEN ANTI LUGAR	15 Mar 20	9 Mar 20														
FIRMA DEL TRABAJADOR	15 Mar 20	12 Mar 20														
ORDEN ANTI LUGAR	6 Mar 20	10 Mar 20														
FIRMA DEL TRABAJADOR	6 Mar 20	11 Mar 20														
ORDEN ANTI LUGAR	8 Mar 20	11 Mar 20														
FIRMA DEL TRABAJADOR	8 Mar 20	11 Mar 20														
ORDEN ANTI LUGAR	10 Mar 20	10 Mar 20														
FIRMA DEL TRABAJADOR	10 Mar 20	11 Mar 20														
ORDEN ANTI LUGAR	11 Mar 20	11 Mar 20														
FIRMA DEL TRABAJADOR	11 Mar 20	11 Mar 20														
ORDEN ANTI LUGAR	12 Mar 20	12 Mar 20														
FIRMA DEL TRABAJADOR	12 Mar 20	12 Mar 20														
ORDEN ANTI LUGAR	12 Mar 20	12 Mar 20														
FIRMA DEL TRABAJADOR	12 Mar 20	12 Mar 20														
ORDEN ANTI LUGAR	12 Mar 20	12 Mar 20														
FIRMA DEL TRABAJADOR	12 Mar 20	12 Mar 20														

Observaciones:



GESTIÓN DE HERRAMIENTAS CONTINUAS

SISTEMA DE GESTIÓN METODOLÓGICO CONTRA FORTALECIMIENTO Y CONTROL

ESPECÍFICO

VERSIÓN

MODIFICACIÓN

Página

ENTRADA Y REVISIÓN A SATISFACCIÓN DE EL PRODUCTO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN OCASIONAL A SAN FORTALECIMIENTO EN EL LOS TRABAJADORES DE LA REZ EN EL DÓN

Nombre del Operador:

Dolly Quiroz

Nombre:

Medicina

EL NOMBRE DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
SATISFACCIÓN CONTINUO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR	4-3	8-3	9-3	10-3	11-3	12-3									
FECHA DEL TRABAJADOR	<u>Dolly</u>	<u>Dolly</u>	<u>Dolly</u>	<u>Dolly</u>	<u>Dolly</u>	<u>Dolly</u>									
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR	4-3	8-3	9-3	10-3	11-3	12-3									
FECHA DEL TRABAJADOR	<u>Dolly</u>	<u>Dolly</u>	<u>Dolly</u>	<u>Dolly</u>	<u>Dolly</u>	<u>Dolly</u>									
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															

DOL

Observaciones:



Nombre del Cliente:

Diana E. Vega

Fecha:

Medio día

FECHA DE INICIO DE SERVICIO PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FECHA DE INICIO DE SERVICIO PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TÉRMINOS Y CONDICIONES															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TÉRMINOS Y CONDICIONES															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE INICIO DE SERVICIO PERSONAL	5/3/12	9/3/12	9/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12
FIRMA DEL TRABAJADOR	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana
FECHA DEL TRABAJADOR															
TÉRMINOS Y CONDICIONES															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE INICIO DE SERVICIO PERSONAL	5/3/12	9/3/12	9/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12	11/3/12
FIRMA DEL TRABAJADOR	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana
FECHA DEL TRABAJADOR															
TÉRMINOS Y CONDICIONES															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

DIAS



CONTROL DE RESERVACIONES DE TIEMPO

RESERVA DE CUENTAS MEDICAMENTOS COMERCIALES Y CONTROL DE ENVOLUCIÓN Y CONTROL

ENTIDAD: MEDICINA A ENTREGA DE ELERECTOS DE PROMOCIÓN PROFESIONAL PARA PROFESIONALES EN LA ESPECIALIDAD DE OTO-RINOLARINGOLOGÍA, A TRAVÉS DE LOS TRABAJADORES DE LA FARMACIA DEL HOSPITAL

FECHA DEL ...

REGISTRADO ...

Página 1/1

Nombre del trabajador

Francisco Aguirre Bono

Código

Medicina

FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
04/03/21	05/03/21	06/03/21	07/03/21	08/03/21	09/03/21	10/03/21	11/03/21	12/03/21							
FFB	FFB	FFB	FFB	FFB	FFB	FFB	FFB	FFB							
04/03/21	05/03/21	06/03/21	07/03/21	08/03/21	09/03/21	10/03/21	11/03/21	12/03/21							
FFB	FFB	FFB	FFB	FFB	FFB	FFB	FFB	FFB							



GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

SISTEMA DE GESTIÓN DE PERSONAL: CONTROL Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

FORMULARIO

ENTRADA Y SALIDA A SISTEMAS DE MANEJO DE PERSONAL PARA REGISTRO DE CONTROL DE PERSONAL (CÓDIGO DE ACTIVIDADES) SUB-SISTEMA DE CONTROL Y GESTIÓN DE PERSONAL DEL PLAN DE PERSONAL DE LA ESE SALUD DEL REGIÓN

REGIÓN: VI
SUBREGIÓN: VI

Página: 49

Nombre del Empleado:

Juan Pablo Mendez

Apellido:

Mendez

IDENTIFICACIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA
ENTRADA A TRABAJO																
SALIDA DEL TRABAJO																
ENTRADA A TRABAJO																
SALIDA DEL TRABAJO																
ENTRADA A TRABAJO																
SALIDA DEL TRABAJO																
ENTRADA A TRABAJO																
SALIDA DEL TRABAJO																
ENTRADA A TRABAJO																
SALIDA DEL TRABAJO																
ENTRADA A TRABAJO																
SALIDA DEL TRABAJO																
ENTRADA A TRABAJO																
SALIDA DEL TRABAJO																
ENTRADA A TRABAJO																
SALIDA DEL TRABAJO																
ENTRADA A TRABAJO																
SALIDA DEL TRABAJO																

Otras observaciones:



DIRECCIÓN DE MEDICINA DEL TRABAJO

DIRECCIÓN DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, CONTROL Y CALIDAD DE SERVICIOS

FORMULARIO PARA REGISTRO DE LESIONES Y ACCIDENTES DE TRABAJO EN PERSONAL PARA PREVENIR Y PROPICIAR SU SEGURIDAD, A FIN DE PREVENIR EN LOS TRABAJADORES DE LA SECTOR SALUD DEL ESTADO

Formulario

VERSIÓN	1
FECHA DE EDICIÓN	2009/07/20
Página 1	

FECHA DE ENTREGA

Doble Finco

PAÍS

México

CAUSAS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA
TRABAJADOR TRABAJADOR															
TIPO DE LESIÓN															
TRABAJADOR TRABAJADOR															
TIPO DE LESIÓN															
TRABAJADOR TRABAJADOR															
TIPO DE LESIÓN															
TRABAJADOR TRABAJADOR															
TIPO DE LESIÓN															
TRABAJADOR TRABAJADOR	04/03	05/03	08/03	09/03	10/03	11/03	12/03								
TIPO DE LESIÓN	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011								
TRABAJADOR TRABAJADOR															
TIPO DE LESIÓN															
TRABAJADOR TRABAJADOR															
TIPO DE LESIÓN															
TRABAJADOR TRABAJADOR	04/03	05/03	08/03	09/03	10/03	11/03	12/03								
TIPO DE LESIÓN	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011								
TRABAJADOR TRABAJADOR															
TIPO DE LESIÓN															
TRABAJADOR TRABAJADOR															
TIPO DE LESIÓN															



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA - INSTITUTO CHIRIQUIENSE DE INVESTIGACIÓN Y CONTROL

REGISTRO DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE PROTECCIÓN PERSONAL, A TRAVÉS DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE PROTECCIÓN PERSONAL

FORMULARIO

VERSIÓN 1
APROBADO EN 2017

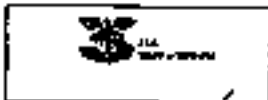
PÁG. 1/1

Nombre del paciente:

Apellido:

ELIJA UNA DE LAS OPCIONES DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA
Tratamiento con antibiótico															
OTRA DEL TRATAMIENTO															
Tratamiento con antibiótico															
OTRA DEL TRATAMIENTO															
Tratamiento con antibiótico															
OTRA DEL TRATAMIENTO															
Tratamiento con antibiótico	04/03/20	05/03/20	06/03/20	07/03/20	08/03/20	09/03/20	10/03/20	11/03/20	12/03/20	13/03/20	14/03/20	15/03/20	16/03/20	17/03/20	18/03/20
OTRA DEL TRATAMIENTO															
Tratamiento con antibiótico															
OTRA DEL TRATAMIENTO															
Tratamiento con antibiótico	04/03/20	05/03/20	06/03/20	07/03/20	08/03/20	09/03/20	10/03/20	11/03/20	12/03/20	13/03/20	14/03/20	15/03/20	16/03/20	17/03/20	18/03/20
OTRA DEL TRATAMIENTO															
Tratamiento con antibiótico															
OTRA DEL TRATAMIENTO															
Tratamiento con antibiótico															
OTRA DEL TRATAMIENTO															
Tratamiento con antibiótico															
OTRA DEL TRATAMIENTO															

OTRO COMENTARIO



GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL TRABAJO
 DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS DE AFILIACIÓN, CONTINGENCIAS Y GESTIONES DE AFILIACIÓN Y CONTINGENCIAS
ENTREGA Y RECIBO DE LA RELACION DE ELEMENTOS DE PRODUCCIÓN OFICINA PARA PERFECCIONAR LA RESPUESTA OPERACIONAL A PARTIR DEL COMPROMISO DE LOS TRABAJADORES DE LA CEE Y SALIR DEL TURNO

FOLIO No. 114	
VERIFICA	A
REGISTRADO	ENTREGADO
Cota No.	

Nombre del trabajador Gloria Carolina

Nombre Frediana

ELEMENTOS DE PRODUCCIÓN OFICINA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR ASISTENTE																
FECHA DEL TRABAJADOR																

Observaciones:

Este documento es propiedad de la Empresa y queda a disposición de la Oficina de Personal. Prohibida su reproducción por cualquier medio, ya que el uso indebido de este documento constituye un delito.



SECRETARÍA DE SALUD (Ministerio de Salud)

MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ - INSTITUTO NACIONAL DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD Y SEGURIDAD

ENTREGA Y RECIBO A SUEROCIONES DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EPIDEMIA CORONAVIRUS EN CONDICIONES DE TRABAJO EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN EL TUBO

FORMULARIO

MINISTERIO DE SALUD

Pág. 1/1

Nombre del trabajador:

Apellido

ESTADO DE LA PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:



DIRECCIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO
 SISTEMA DE GESTIÓN MEDICINA DEL TRABAJO Y DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS
 UNIDAD DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA LESIÓN OCUPACIONAL, A SABER: CONSULTA O SERVICIO DE TRATAMIENTO DE LA LESIÓN OCUPACIONAL

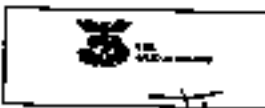
COMPROBANTE	
UNIDAD	DEPARTAMENTO
APROBACIÓN	DEPARTAMENTO
PÁG. 17	

Nombre de la Unidad: Fábrica de Bayames

Actividad: Medicinas

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
OPORTUNIDAD QUIMICA	4/11/10														
OPORTUNIDAD MECANICA	7/11/10														
TAMBIEN MECANICA															
OPORTUNIDAD ELECTRICIDAD															
TAMBIEN ELECTRICIDAD															
OPORTUNIDAD BIOMECANICA															
TAMBIEN BIOMECANICA															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS	4/11/10	5/11/10	8/11/10	10/11/10	11/11/10	12/11/10									
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS	7/11/10	7/11/10	7/11/10	7/11/10	7/11/10	7/11/10									
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS	4/11/10	5/11/10	8/11/10	10/11/10	11/11/10	12/11/10									
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS	7/11/10	7/11/10	7/11/10	7/11/10	7/11/10	7/11/10									
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															
OPORTUNIDAD ANTICADIDAS															

Observaciones:



SECRETARÍA DE SALUD - GOBIERNO CENTRAL
 SISTEMA DE REGISTRO DE ENTREGAS Y RECIBOS Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CALIDAD
 ENTREGA Y RECIBO DE MATERIALES DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN OCASIONAL A ESPERANZA PORQUE EN LOS TRANSPORTES DE LA RED CALLE DEL
 PERÚ.

TELÉFONO: 101
 DIRECCIÓN: 1
 DIRECCIÓN: 10100000
 DIRECCIÓN: 10100000
 Pág. 4

Nombre del beneficiario: Jhenny Rodríguez Apellido: _____

ELIMINACIÓN DE # DE ENTREGA PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBO	NOMBRE DE ENTREGA	LUGAR DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECIBO
REPÚBLICA QUINCE	04.23.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023
FECHA DEL TRABAJADOR	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023	05.04.2023
ENTREGA DE MATERIALES																
FECHA DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DE MATERIALES																
FECHA DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DE MATERIALES																
FECHA DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DE MATERIALES																
FECHA DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DE MATERIALES																
FECHA DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DE MATERIALES																
FECHA DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DE MATERIALES																
FECHA DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DE MATERIALES																
FECHA DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DE MATERIALES																
FECHA DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DE MATERIALES																
FECHA DEL TRABAJADOR																
ENTREGA DE MATERIALES																
FECHA DEL TRABAJADOR																



Nombre de la Compañía: Farma Lugos Nombre: Medicina

CLASIFICACION DE PROTECCION DEL PRODUCTO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE PRODUCTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															



OFICINA DE ASESORAMIENTO TÉCNICO

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y CONTROL DE EMERGENCIAS

VERSIÓN 1.0 | 2016

FECHA DE LA

VERSIÓN

APROBACIÓN

EMISIÓN

Página 1 de 1

Nombre del trabajador:

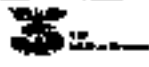
Daniel Cardenas

Apellido:

Medicina

ALIMENTOS DE PROMOCIÓN PERSONAL	FECHA DE LA SEMANA	FECHA DE OBSERVAR	FECHA DE PREVENIR	FECHA DE PREVENIR	FECHA DE PREVENIR	FECHA DE PREVENIR	FECHA DE PREVENIR	FECHA DE PREVENIR	FECHA DE PREVENIR	FECHA DE PREVENIR	FECHA DE PREVENIR	FECHA DE PREVENIR	FECHA DE PREVENIR	FECHA DE PREVENIR	FECHA DE PREVENIR
Alimentos que se consumen															
Forma de preparación															
Indicaciones de consumo															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															
Forma de preparación															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															
Forma de preparación															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															
Forma de preparación															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															
Forma de preparación															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															
Forma de preparación															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															
Forma de preparación															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															
Forma de preparación															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															
Forma de preparación															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															
Forma de preparación															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															
Forma de preparación															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															
Forma de preparación															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															
Forma de preparación															
Forma de almacenamiento															
Forma de consumo															

Observaciones:



GESTIÓN DE INSTRUMENTOS CONTABLES

SISTEMA DE GESTIÓN DE INSTRUMENTOS CONTABLES Y GESTIÓN DE EMISIÓN Y CONTROL

ESTADO DE LA CUENTA DE LA ENTIDAD DE PROTECCIÓN FEDERAL PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL A PARTIR DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2011

FORM. 05-T18	
VERSIÓN	1
APROBACIÓN	Controlado
Página 111	

Nombre del Emisor:

Apellido:

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TAPACOS UNIVERSALES															
PIRAMIDE DE PROTECCIÓN															
ESPEJOS DE PROTECCIÓN															
PIRAMIDE DE TRABAJO															
TAPACOS UNIVERSALES															
PIRAMIDE DE PROTECCIÓN															
PIRAMIDE DE TRABAJO															
PIRAMIDE DE PROTECCIÓN	Marzo 4	Marzo 5	Marzo 8	Marzo 9	Marzo 10	Marzo 11	Marzo 12								
PIRAMIDE DE TRABAJO	Marzo 4	Marzo 5	Marzo 8	Marzo 9	Marzo 10	Marzo 11	Marzo 12								
PIRAMIDE DE PROTECCIÓN	Marzo 4	Marzo 5	Marzo 8	Marzo 9	Marzo 10	Marzo 11	Marzo 12								
PIRAMIDE DE TRABAJO	Marzo 4	Marzo 5	Marzo 8	Marzo 9	Marzo 10	Marzo 11	Marzo 12								
PIRAMIDE DE PROTECCIÓN															
PIRAMIDE DE TRABAJO															
PIRAMIDE DE PROTECCIÓN															
PIRAMIDE DE TRABAJO															
PIRAMIDE DE PROTECCIÓN															
PIRAMIDE DE TRABAJO															
PIRAMIDE DE PROTECCIÓN															
PIRAMIDE DE TRABAJO															

Fecha de Emisión:



LISTA DE TRABAJADORES

Fecha: 17

SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SALUD OCUPACIONAL

ENTIDAD TRABAJANDO A SU REGISTRO EN EL REGISTRO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EMPLEAR LA EFECTIVA DOMICILIAL A SU CIUDAD PARA EN LOS TRABAJOS DE LA RED DE SALUD DEL PERU

APROBADO	1
APROBADO	1
PÁG. 11	

Nombre del trabajador: Ricardo Torres

Primer: Abelardo Jim

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS																
PIÑA DEL TRABAJADOR																

Otros datos:

NOMBRE DE LA OBRA: Seguimiento PROYECTO: Edificación

ESTADOS DE PRODUCCION FÍSICA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARAJOS DE FUNDACION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARAJOS DE FUNDACION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARAJOS DE FUNDACION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARAJOS DE FUNDACION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARAJOS DE FUNDACION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARAJOS DE FUNDACION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARAJOS DE FUNDACION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARAJOS DE FUNDACION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARAJOS DE FUNDACION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARAJOS DE FUNDACION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARAJOS DE FUNDACION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARAJOS DE FUNDACION															
FORMA DEL TRABAJADOR															

Elaborado por el personal de la Corporación para el Desarrollo Urbano y Vivienda de Medellín, en cumplimiento de la Ley 1733 de 2014 y la Ley 1733 de 2014.



GOBIERNO DE ANTOQUIA

SECRETARÍA DE GESTIÓN DE ORGANIZACIONES Y GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL

SECRETARÍA

CARTERA Y PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AMBIENTAL PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL ASESORADOS POR LOS ORGANISMOS DE LA ELI E SU UNIDAD

SECRETARÍA

SECRETARÍA

Pág. 14

Nombre del trabajador: _____

Apellido: _____

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	NOMBRE DEL TRABAJADOR	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															

VERIFICADO



OFICIO DE MONITOREO Y CONTROL

SISTEMA DE CONTROL Y MONITOREO CONTINUO Y GESTION DE EVALUACION CONTINUA

ENTREGA Y RECEPCION DE ELEMENTOS DE DISTRIBUCION: FARMACOS PARA PREVENIR LA EXPANSION DEL COVID-19 QUE SE CONCENTRAN EN LOS SERVICIOS DE LA E.S.E. DEL D.E.L. TUMBESA

Fecha: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Profesión: _____

Página: _____

Nombre del Hospital: _____

Apellido: _____

Subcategoría de Atención o Programa	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION
FARMACOS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FARMACOS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FARMACOS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FARMACOS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FARMACOS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FARMACOS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FARMACOS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FARMACOS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FARMACOS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FARMACOS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
FARMACOS																
FORMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones:



REGISTRO DE ENTREGA DE EQUIPOS

SISTEMA DE GESTIÓN DE OPORTUNIDAD, CONTINUIDAD Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN, A BASES COMO FOMENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

Formulario

USUARIO

CONTRATO

Página

Nombre del trabajador

MARCELA ARELLANO

Fecha

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	SERVIDOR	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
1.1 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.2 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.3 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.4 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.5 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.6 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.7 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.8 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.9 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.10 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.11 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.12 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.13 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.14 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
1.15 PAÑUELOS DESINFECCIONADOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones

Nombre y Apellido: Melky Wilson

PROFESION: _____

FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION
4-3-21	5-3-21	8-3-21	8-3-21	10/3/21	11/3/21								
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	
FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR		FORMA DEL TRABAJADOR	

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Nombre del trabajador: Roberto Gomez

Profesión: BAU

EMISORES DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FORMA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FORMA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TAPABOCAS	11/03/21	11/03/21	11/03/21												
FIRMA DEL TRABAJADOR	<u>Roberto Gomez</u>	<u>Roberto Gomez</u>	<u>Roberto Gomez</u>												
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



REGISTRO DE OBRAS EN CURSO

ESTADO DE OBRAS DEL SECTOR PÚBLICO Civil y Obras de Infraestructura
 ESTADO DE OBRAS DE INTERÉS DEL SECTOR DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD OCUPACIONAL, A PARTIR DEL 01/01/2018 HASTA EL 31/12/2018

Página 114	
PERÍODO	1
APROBACIÓN	3/10/2018

Impresión en: 3/10/2018

Proyecto:

ESTADO DE OBRAS PERSONAL	FORMA DE ENTREGA	FECHA DE INICIO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE INICIO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE INICIO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE INICIO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE INICIO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE INICIO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE INICIO	FECHA DE ENTREGA
Trabajo en curso															
Forma de entrega															
Trabajo en curso															
Forma de entrega															
Trabajo en curso															
Forma de entrega															
Trabajo en curso															
Forma de entrega															
Trabajo en curso															
Forma de entrega															
Trabajo en curso															
Forma de entrega															
Trabajo en curso															
Forma de entrega															
Trabajo en curso															
Forma de entrega															
Trabajo en curso															
Forma de entrega															
Trabajo en curso															
Forma de entrega															
Trabajo en curso															
Forma de entrega															

Obras en curso:

El presente documento es propiedad del Estado y no puede ser utilizado para fines comerciales. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento expreso del Estado es estrictamente prohibido.



SECCION DE MOVILIDAD COMPLETA

FORMA DE GESTION DE MOVILIDAD COMPLETA Y RESOLUCION DE EVALUACION Y CONTROL

OTRO CA, Y RESOLUCION DE EVALUACION DE PROFESORES Y PROFESORAS Y RESOLUCION DE LA COMISION DE CALIFICACION A BARRIDOS (EN LOS TEMAS ANTERIORES DE LA S.S. SALVA CELESTINIANO)

SECCION 1-10

VERIFICACION	1
APROBACION	CONCLUIDO
Pag. 1/1	

Nombre del profesor

EXAMENES DE PROMOCION PERIODO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TEMARIO DE LA PRUEBA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMARIO DE LA PRUEBA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMARIO DE LA PRUEBA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMARIO DE LA PRUEBA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMARIO DE LA PRUEBA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMARIO DE LA PRUEBA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMARIO DE LA PRUEBA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMARIO DE LA PRUEBA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMARIO DE LA PRUEBA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMARIO DE LA PRUEBA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMARIO DE LA PRUEBA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMARIO DE LA PRUEBA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Otras notas



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

SECRETARÍA DE GESTIÓN DEL PERSONAL CONSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVO

ENTREGA Y RECIBO DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN OCASIONAL, A PARTIR DEL 1º DE ABRIL DE 2020 HASTA EL 31 DE MARZO DE 2021.

BOGOTÁ

VERIFICA

APROBADO

LABORISTA

PÁG. 1/1

Nombre del trabajador:

Fecha:

DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	TIPO DE ELEMENTO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN
	TRAJE DE PROTECCIÓN														
	GUANTES														
	MASCARILLA														
	GORRO														
	BAÑAS DE DESINFECCIÓN														
	GUANTES														
	MASCARILLA														
	GORRO														
	BAÑAS DE DESINFECCIÓN														
	GUANTES														
	MASCARILLA														
	GORRO														
	BAÑAS DE DESINFECCIÓN														
	GUANTES														
	MASCARILLA														
	GORRO														
	BAÑAS DE DESINFECCIÓN														



MINISTERIO DE SALUD PÙBLICA

FORMULARIO

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE INMUNIZACIÓN CONTROL

ENTENDIENDO QUE ESTE DOCUMENTO SE ENVIARÁ AL CENTRO DE MONITOREO Y CONTROL PARA PROPÓSITOS DE LA ELABORACIÓN DE LA BASE DE DATOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE INMUNIZACIÓN CONTROL

FECHA DE ELABORACIÓN	1
FECHA DE REVISIÓN	1
Página	

Nombre del trabajador

Profesión

ELEMENTOS DE PRODUCCIÓN DE VACUNAS	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															