



GESTIÓN DE MEDICAMENTOS CONTROL

SISTEMA DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS CONTROL Y DE TONOS DE CALIDAD Y CONTROL

ENTREGA Y CONTROL A LA UNIDAD DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN PATRIAL PARA ANALIZAR LA EFECTIVIDAD DE LA BARRERA CONTRA LA TRANSMISIÓN DE LA LEISHMANIOSIS

FORMA N° 1

APROBACIÓN OBSERVACIONES

Página 1/1

Nombre del medicamento

Orona Primo

Presentación

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PATRIAL	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	FECHA DE EMERGENCIA
FORMA DE MANEJO	04-03-21	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
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE CALIDAD															



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA
 DIRECCIÓN DE MEDICAMENTO CONTROLADO
 SISTEMA DE MONITORIO Y CONTROL DE LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS CONTROLADOS
 Pág. 01


Nombre del paciente: Andrea Arce

Fecha: _____

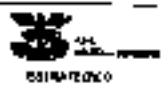
FECHA DE EMISIÓN DEL RECETA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARJETAS QUÉMICAS	02-03-21	03-03-21	05-03-21												
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>												
TARJETAS QUÉMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUÉMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones: _____

Este documento es propiedad de la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de la Dirección General de Control de Medicamentos de la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala es estrictamente prohibido.

	DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTO CONTINUO DIVISION DE ATENCION Y MANEJO DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS	Formulario No. _____ Versión _____ Fecha _____
	Formulario de Registro de Medicamento Continuo	
	Nombre del paciente: <u>Esteban Mateus</u> Nombre del medicamento: <u>Continuo</u>	

SECRETARIA DE SALUD	FECHA DE EMISION	SECTOR	FECHA DE RECEPCION	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
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUIMICO															



SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SECRETARÍA DE ECONOMÍA	
SECRETARÍA DE ECONOMÍA	SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE ECONOMÍA	

Nombre del trabajador: Edna Cuervo

Patrono: _____

EMPRESA DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARIFAS DE EMERGENCIA	09-03-21	16-03-21													
FIRMA DEL TRABAJADOR	EDNA	EDNA													
TARIFAS DE EMERGENCIA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE EMERGENCIA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE EMERGENCIA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE EMERGENCIA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE EMERGENCIA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE EMERGENCIA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE EMERGENCIA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE EMERGENCIA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones: _____

Este documento es propiedad de la Secretaría de Economía del Estado de Veracruz. Prohibida la reproducción o el uso no autorizado de la información contenida en este documento.



MINISTERIO DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL DE EMERGENCIAS

MINUTOS Y RESUMEN A LA REUNIÓN DE COMITÉ DE GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL DE EMERGENCIAS PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE RESPUESTA A EMERGENCIAS DE LA E.S.E. VALDE DEL TAMBORA

BOGOTÁ, D.C.
FECHA
PÁG. 11

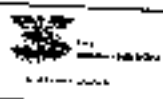
FECHA DE EMISIÓN

Clara Agudelo

ASISTENTE

LABORAL TÍTULO DEL TRABAJADOR	FECHA DE EMISIÓN	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
EMPRESARIO QUÉBRADO	1-03	2-03	3-03	4-03	5-03	8-03	9-03	10-03	11-03	12-03	15-03	16-03	17-03	18-03	19-03
FIRMA DEL TRABAJADOR	Clara	Clara	Clara	Clara	Clara	Clara	Clara	Clara	Clara	Clara	Clara	Clara	Clara	Clara	Clara
EMPRESARIO QUÉBRADO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESARIO QUÉBRADO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESARIO QUÉBRADO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESARIO QUÉBRADO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESARIO QUÉBRADO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESARIO QUÉBRADO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESARIO QUÉBRADO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

OTROS COMENTARIOS



SECCION DE MONITOREO CURRICULAR

ENCUENTRO REGIONAL DE MONITOREO CURRICULAR Y DE ASESORIA PEDAGOGICA

ENCUENTRO REGIONAL DE MONITOREO CURRICULAR Y DE ASESORIA PEDAGOGICA - 2011 - REGION TAMBORA

GRUPO 10	
SECCION	F
OPCION DE	000000
PÁG. 11	


Nombre del docente: **Maria Fernanda Gallo**

Apellido: _____

SECCION DE MONITOREO CURRICULAR	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION
PRIMA DEL TERCER BIMESTRE	01/05/11	02/05/11	03/05/11	04/05/11	05/05/11	06/05/11	07/05/11	08/05/11	09/05/11	10/05/11	11/05/11	12/05/11	13/05/11	14/05/11	15/05/11	16/05/11
SEGUNDA DEL TERCER BIMESTRE																
TERCERA DEL TERCER BIMESTRE																
PRIMA DEL CUARTO BIMESTRE																
SEGUNDA DEL CUARTO BIMESTRE																
TERCERA DEL CUARTO BIMESTRE																
PRIMA DEL QUINTO BIMESTRE																
SEGUNDA DEL QUINTO BIMESTRE																
TERCERA DEL QUINTO BIMESTRE																
PRIMA DEL SEXTO BIMESTRE																
SEGUNDA DEL SEXTO BIMESTRE																
TERCERA DEL SEXTO BIMESTRE																
PRIMA DEL SEPTIMO BIMESTRE																
SEGUNDA DEL SEPTIMO BIMESTRE																
TERCERA DEL SEPTIMO BIMESTRE																
PRIMA DEL OCTAVO BIMESTRE																
SEGUNDA DEL OCTAVO BIMESTRE																
TERCERA DEL OCTAVO BIMESTRE																

Observaciones:

Este documento es propiedad de la Escuela. No puede ser fotocopiado, distribuido ni reproducido sin el consentimiento expreso de la Dirección Regional de Educación de la Región de Tumbura.

	CENTRO DE INFORMACIÓN CONTABLE CENTRO DE INFORMACIÓN CONTABLE - CENTRO DE INFORMACIÓN CONTABLE		FORMULARIO VOUCHER ASIGNACIÓN
	TRAMITE		Pág. III

Nombre del receptor: Katherine Nieto M. Sección Financiera

PERIODO MES	01/01/21	02/01/21	03/01/21	04/01/21	05/01/21	06/01/21	07/01/21	08/01/21	09/01/21	10/01/21	11/01/21	12/01/21	01/02/21	02/02/21	03/02/21
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER	10/01/21	10/01/21	10/01/21	10/01/21	10/01/21	10/01/21	10/01/21	10/01/21	10/01/21	10/01/21	10/01/21	10/01/21	10/01/21	10/01/21	10/01/21
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															
FORMA DEL TRABAJADOR EMPLOYER															



GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS CONTINUA

SISTEMA DE GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO CON BASE EN CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

FORMA 1 DE ACORDA A LA FORMACIÓN DE EQUIPOS DE ASISTENCIA FISIOTERAPÉUTICA PARA PROMOVER LA RESPUESTA OCUPACIONAL A MANEJO DE EQUIPOS EN EL TRABAJO DE LA ESPECIALIDAD DEL TRABAJO

BOM DE 14

Edición

14/2004

Pág. 14

Nombre del trabajador: **HON ELVA ABOGADO**

ESPECIALIDAD DE PROFESIÓN OCUPACIONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PRESENCIA	FECHA DE PRESENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PRESENCIA	FECHA DE PRESENCIA	FECHA DE PRESENCIA	FECHA DE PRESENCIA	FECHA DE PRESENCIA	FECHA DE PRESENCIA	FECHA DE PRESENCIA	FECHA DE PRESENCIA	FECHA DE PRESENCIA	FECHA DE PRESENCIA
TAJADORES QUÍMICOS															
FINA DEL TRABAJADOR															
TAJADORES QUÍMICOS															
FINA DEL TRABAJADOR															
TAJADORES QUÍMICOS															
FINA DEL TRABAJADOR															
TAJADORES QUÍMICOS															
FINA DEL TRABAJADOR															
TAJADORES QUÍMICOS															
FINA DEL TRABAJADOR															
TAJADORES QUÍMICOS															
FINA DEL TRABAJADOR															
TAJADORES QUÍMICOS															
FINA DEL TRABAJADOR															
TAJADORES QUÍMICOS															
FINA DEL TRABAJADOR															
TAJADORES QUÍMICOS															
FINA DEL TRABAJADOR															
TAJADORES QUÍMICOS															
FINA DEL TRABAJADOR															
TAJADORES QUÍMICOS															
FINA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:



CENTRO DE REGISTRO DE EMPLEO

FORMA DE REGISTRO PARA TRABAJADORES Y EMPLEADORES DE EMPRESA O ESTABLECIMIENTO

ENTREGA Y REGISTRO EN EL CENTRO DE REGISTRO DE EMPLEO DEL PERSONAL PARA SER EN LA LISTA DE EMPLEADOS DE LA EMPRESA O ESTABLECIMIENTO REGISTRADO

FECHA DE EMISIÓN	
VERIFICAR	1
ANULAR	4
Pág. 1	

Nombre del establecimiento: Asociación de Locarios

Fecha: _____

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES (INDICAR)	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
EMPRESA TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJO																
EMPRESA TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJO																
EMPRESA TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJO																
EMPRESA TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJO																
EMPRESA TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJO																
EMPRESA TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJO																
EMPRESA TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJO																
EMPRESA TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJO																
EMPRESA TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJO																
EMPRESA TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJO																
EMPRESA TRABAJADOR																
FORMA DEL TRABAJO																

Observaciones:



SECRETARÍA DE DEFENSA INTERNA

DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS

FORMA N° 01

VERSIÓN
APROBACIÓN
FECHA

Nombre del responsable: Nelson Rueda

Nombre del proceso: Gestión de la Información

ELEMENTOS DE PROCESOS PERSONALES	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	SECCIONES ENTRADA	SECCIONES SALIDA	FORMA DE ENTRADA	FORMA 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
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAREAS COMPLETADAS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAREAS COMPLETADAS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAREAS COMPLETADAS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAREAS COMPLETADAS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAREAS COMPLETADAS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAREAS COMPLETADAS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAREAS COMPLETADAS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAREAS COMPLETADAS																
FORMA DEL TRABAJADOR																
TAREAS COMPLETADAS																

Observaciones:



DIRECCIÓN DE MEJORAMIENTO OCUPACIONAL

SISTEMA DE MONITOREO Y CONTROL DE LA SALUD OCUPACIONAL

CONTROL Y REGISTRO A SATISFACCIÓN DE SERVIDORES DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EMERGENCIA DE INCENDIO EN LOS TRABAJADORES DE LA R.E. Y SALUD DEL PERSONAL

Formulario No. 1

Página 01

Nombre del trabajador: **Monica Patricia Vivas**

UBICACIÓN DE LOS TRABAJADORES	FECHA DE OBTENCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TRABAJADORES QUE RECIBEN	04-03-21	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	18-03-21			
FECHA DEL TRABAJADOR	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica	Monica				
TRABAJADORES QUE RECIBEN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADORES QUE RECIBEN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADORES QUE RECIBEN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADORES QUE RECIBEN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADORES QUE RECIBEN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADORES QUE RECIBEN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADORES QUE RECIBEN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADORES QUE RECIBEN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADORES QUE RECIBEN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADORES QUE RECIBEN															
FECHA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:



Nombre del trabajador Rosy Mary Feboz

PROFESION


PERIODO 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
TRABAJOS COMUNITARIO	03-21	03-21	05-21	05-21	07-21	07-21	09-21	09-21	11-21	11-21	13-21	13-21	15-21	15-21	17-21	17-21
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>	<i>[Signature]</i>
TRABAJOS QUIMICO																
Firma del TRABAJADOR																
TRABAJOS QUIMICO																
Firma del TRABAJADOR																
TRABAJOS QUIMICO																
Firma del TRABAJADOR																
TRABAJOS QUIMICO																
Firma del TRABAJADOR																
TRABAJOS QUIMICO																
Firma del TRABAJADOR																
TRABAJOS QUIMICO																
Firma del TRABAJADOR																
TRABAJOS QUIMICO																
Firma del TRABAJADOR																
TRABAJOS QUIMICO																
Firma del TRABAJADOR																
TRABAJOS QUIMICO																
Firma del TRABAJADOR																

Observaciones

	GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS										FORMA N° 0		
	SISTEMA DE GESTIÓN DE HABILIDADES COMUNICATIVAS Y DESENVOLUPAMIENTO DE LA CAPACIDAD OCUPACIONAL A BASE DE LA PROMOCIÓN DE LA RED SALUD DEL DOMINICANO										TÍTULO	I	
	ENTRADA Y FOMENTO A GATOS EN EL CANTÓN DE BARRIO VERDE PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN OCUPACIONAL A BASE DE LA PROMOCIÓN DE LA RED SALUD DEL DOMINICANO										APROBACIÓN	DATEADO	
												# 1/1	

Nombre del trabajador: Laura Martinez Puesto: _____

SEMANA DE PROMOCIÓN EDUCACIONAL	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
TARIFAS DE PROMOCIÓN	01/02/2021	02/02/2021	03/02/2021	04/02/2021	05/02/2021	06/02/2021	07/02/2021	08/02/2021	09/02/2021	10/02/2021	11/02/2021	12/02/2021	13/02/2021	14/02/2021	15/02/2021
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE PROMOCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE PROMOCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE PROMOCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE PROMOCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE PROMOCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE PROMOCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE PROMOCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DE PROMOCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															

	SERVICIO DE MANTENIMIENTO SISTEMA DE MANTENIMIENTO OPERATIVO DE LA EMPRESA DE ENERGIAS ELÉCTRICAS DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA										FORMA 110 VERSIÓN 1.0 APROBADA EN 2010			
	INDICADOR DE EFECTIVIDAD DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO OPERATIVO DE LA EMPRESA DE ENERGIAS ELÉCTRICAS DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA												PK 11	
	INDICADOR													

Nombre del operador: Atanasio Lopez

Nombre: Almacen

FECHA DE EJECUCIÓN	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VALIDACIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE CONTROL	FECHA DE MONITOREO	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA DE CIERRE	FECHA DE ARCHIVO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	TOTAL DE EJECUCIÓN	FECHA DE CIERRE
TAREAS DE MANTENIMIENTO	1/3/21															
FECHA DEL MANTENIMIENTO	2/3/21															
TAREAS DE MANTENIMIENTO	3/3/21															
FECHA DEL MANTENIMIENTO	4/3/21															
TAREAS DE MANTENIMIENTO	5/3/21															
FECHA DEL MANTENIMIENTO	6/3/21															
TAREAS DE MANTENIMIENTO	7/3/21															
FECHA DEL MANTENIMIENTO	8/3/21															
TAREAS DE MANTENIMIENTO	9/3/21															
FECHA DEL MANTENIMIENTO	10/3/21															
TAREAS DE MANTENIMIENTO	11/3/21															
FECHA DEL MANTENIMIENTO	12/3/21															
TAREAS DE MANTENIMIENTO	13/3/21															
FECHA DEL MANTENIMIENTO	14/3/21															
TAREAS DE MANTENIMIENTO	15/3/21															
FECHA DEL MANTENIMIENTO	16/3/21															
TAREAS DE MANTENIMIENTO	17/3/21															
FECHA DEL MANTENIMIENTO	18/3/21															
TAREAS DE MANTENIMIENTO	19/3/21															
FECHA DEL MANTENIMIENTO	20/3/21															



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SISTEMA NACIONAL DE MANEJO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

PROTOCOLO PARA LA ENTREGA DE LA GUÍA DE MANEJO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL EN LOS TRABAJADORES DE LA ZONA URBANA DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

Formulario No. 110

VERSIÓN 1
 REVISIÓN 3 (2013)
 Pág. 1 de 1

Nombre del trabajador:

Jose Maldonado

Proceder:

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	REGISTRO DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	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 EN GENERAL															
FIN DE LA TRABAJOS EN GENERAL															
TRABAJOS EN GENERAL															
FIN DE LA TRABAJOS EN GENERAL															
TRABAJOS EN GENERAL															
FIN DE LA TRABAJOS EN GENERAL															
TRABAJOS EN GENERAL															
FIN DE LA TRABAJOS EN GENERAL															
TRABAJOS EN GENERAL															
FIN DE LA TRABAJOS EN GENERAL															
TRABAJOS EN GENERAL															
FIN DE LA TRABAJOS EN GENERAL															
TRABAJOS EN GENERAL															
FIN DE LA TRABAJOS EN GENERAL															
TRABAJOS EN GENERAL															
FIN DE LA TRABAJOS EN GENERAL															
TRABAJOS EN GENERAL															
FIN DE LA TRABAJOS EN GENERAL															

Observaciones:



MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

AGENCIA DE MEDICAMENTO CONTINUO

SERVICIO DE MEDICAMENTO CONTINUO Y SERVICIO DE EMERGENCIAS Y CONTROL

EDICION 116

Versión

I

ANTERIOR

Pág. 111

ENTIDAD Y ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EMERGENCIA OCUPACIONAL A PARTIR DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA LEY DE SALUD DEL TRABAJADOR

Nombre del trabajador:

ERIKO CUEVAS

Profesión:

LABORANTE

GRUPO 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 QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR QUIMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															



SECRETARÍA DE SEGURAMIENTO PÚBLICO

SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA DEL ESTADO DE TAMAUlipAS

SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA DEL ESTADO DE TAMAUlipAS

SECRETARÍA DE

SECRETARÍA DE

SECRETARÍA DE

Nombre del trabajador: **ITA LINA KINNON S**

Apellido: **CAS CENILLO**

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN 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															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:

SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA DEL ESTADO DE TAMAUlipAS



GESTIÓN DE PERSONAL CONTINUO

SECRETARÍA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y LOGÍSTICA DEL MINISTERIO DE SALUD

REGISTRO DE PERIÓDOS DE ENTRENAMIENTO DE PERSONAL DE SALUD PARA PROPICUAR LA EFICIENCIA OCUPACIONAL A PARTIR DE LA OBTENCIÓN DE LOS TALLERES DE LA ESCUELA DE SALUD DEL MINSA.

FOLIO No. 1

Nombre del personal

Página 111

Nombre del trabajador

Código

ELEMENTOS DE ENTRENAMIENTO	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
TALLERES DE ENTRENAMIENTO	8-3-21	9-3-21		11-3-21	12-3-21											
Nombre del trabajador	Milla	Milla		Milla	Milla											
TALLERES DE ENTRENAMIENTO																
Nombre del trabajador																
TALLERES DE ENTRENAMIENTO																
Nombre del trabajador																
TALLERES DE ENTRENAMIENTO	13-3-21	14-3-21	15-3-21	16-3-21	17-3-21	18-3-21	19-3-21	20-3-21	21-3-21	22-3-21	23-3-21	24-3-21	25-3-21	26-3-21	27-3-21	28-3-21
Nombre del trabajador	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla
TALLERES DE ENTRENAMIENTO																
Nombre del trabajador																
TALLERES DE ENTRENAMIENTO	29-3-21	30-3-21	31-3-21	1-4-21	2-4-21	3-4-21	4-4-21	5-4-21	6-4-21	7-4-21	8-4-21	9-4-21	10-4-21	11-4-21	12-4-21	13-4-21
Nombre del trabajador	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla	Milla

Nota: Verificar



SA

SECCION DE PERSONAL Y RECURSOS HUMANOS

SECCION DE GESTION DE PERSONAL CONTINUO Y GESTION DE CALIDAD DE SERVICIOS

CONTINUA Y GESTION DE PERSONAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE SERVICIOS EN LAS DIVISIONES DE LA EMPRESA DEL SECTOR DEL TERCERO

FORMA 100

VERIFICAR

APROBACION

Fecha

Resolución de la Junta

Santa Colmanares


Proceso:

Enfermería

EVALUACION 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
TAPAJONES DE MANOS		14-03-2021														
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAJONES DE MANOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAJONES DE MANOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAJONES DE MANOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAJONES DE MANOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAJONES DE MANOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAJONES DE MANOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAJONES DE MANOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAJONES DE MANOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAJONES DE MANOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAJONES DE MANOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPAJONES DE MANOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Elaborado por:

Este documento es propiedad de la Empresa del Grupo Celulosa Tercero y no debe ser reproducido, distribuido o utilizado para fines ajenos a los que se indica en el presente documento.

	INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL (INAP)												BOGOTÁ D.C.			
	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE PERSONAL Y SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD OCUPACIONAL														TIPO DE MOVIMIENTO	SÍ () / NO ()
	ENTREGA Y RECIBO DE LA CATEGORÍA DE EMPLEO DE PERSONAL AJENO PROVENIENTE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE PERSONAL Y SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD OCUPACIONAL														APROBADO () / RECHAZADO ()	PÁG. 1 DE 1

Número del Expediente: Deliy Rector

Procedimiento: Información

ELEMENTOS DE PROCEDIMIENTO PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	NOMBRE DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	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		18-03-2020														
FORMA DE TENDIDO																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FORMA DE TENDIDO																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FORMA DE TENDIDO																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FORMA DE TENDIDO																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	17-03-2020	18-03-2020														
FORMA DE TENDIDO	Duarte	Duarte	Duarte													
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FORMA DE TENDIDO																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FORMA DE TENDIDO																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FORMA DE TENDIDO																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	17-03-2020	18-03-2020	18-03-2020													
FORMA DE TENDIDO	Duarte	Duarte	Duarte													
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FORMA DE TENDIDO																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FORMA DE TENDIDO																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FORMA DE TENDIDO																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FORMA DE TENDIDO																



ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

SISTEMA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIO Y GESTIÓN DE FARMACIA Y LABORATORIO

FORMA Y REGISTRO DE ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN MEDICINALES PARA SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIO Y GESTIÓN DE FARMACIA Y LABORATORIO DE LA F.C.P. EN EL MUNICIPIO DE MANABÍ

FORMA 02/11
 VERSIÓN 1
 APROBACIÓN: [Signature]
 Pág. 01

Nombre del paciente: Sergio Cambita

Fecha: En farmacia

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN MEDICINALES	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	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 QUIRURGICO	12/03/2021	Sergio Cambita	18-3	19-3											
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]											
TAPABOCAS QUIRURGICO															
FRASE DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUIRURGICO															
FRASE DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUIRURGICO															
FRASE DEL TRABAJADOR															
ORDEN ANTI-EPIDEMIOLOGICO	12/03/2021	Sergio Cambita	18-3	19-3											
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]											
CURSO ANTI-EPIDEMIOLOGICO															
FRASE DEL TRABAJADOR															
CURSO ANTI-EPIDEMIOLOGICO															
FRASE DEL TRABAJADOR															
ORDEN ANTI-EPIDEMIOLOGICO	12/03/2021	Sergio Cambita	18-3	19-3											
FRASE DEL TRABAJADOR	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]											
ORDEN ANTI-EPIDEMIOLOGICO	12/03/2021	Sergio Cambita	18-3	19-3											
FRASE DEL TRABAJADOR	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]											
ORDEN ANTI-EPIDEMIOLOGICO	12/03/2021	Sergio Cambita	18-3	19-3											
FRASE DEL TRABAJADOR	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]											
ORDEN ANTI-EPIDEMIOLOGICO	12/03/2021	Sergio Cambita	18-3	19-3											
FRASE DEL TRABAJADOR	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]											
ORDEN ANTI-EPIDEMIOLOGICO	12/03/2021	Sergio Cambita	18-3	19-3											
FRASE DEL TRABAJADOR	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]											

Observaciones:



MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
 SISTEMA DE MONITORIAMIENTO CONTINUO DE LA SATISFACCION DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
 SISTEMA DE MONITORIAMIENTO CONTINUO DE LA SATISFACCION DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
 SISTEMA DE MONITORIAMIENTO CONTINUO DE LA SATISFACCION DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

FECHA
 NOMBRE DEL RESPONSABLE
 NOMBRE DEL RESPONSABLE
 NOMBRE DEL RESPONSABLE

FORMA DE PRESENTACION: LIBRETTA KATHERINE UVAS Puesto: JEFE

EVALUACION DE SATISFACCION DEL SERVICIO	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA
ANEXO DE LA SATISFACCION																
FORMA DE LA ENTREVISTA																
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO	11/3/21	21/3/21	31/3/21	4/4/21	9/4/21	10/3/21	11/3/21	21/3/21	26/3/21	17/3/21	18/03/21	19/03/21				
FECHA DEL TRABAJO	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO	11/3/21	21/3/21	31/3/21	4/4/21	9/4/21	10/3/21	11/3/21	21/3/21	26/3/21	17/3/21	18/03/21	19/03/21	19/03/21	19/03/21	19/03/21	19/03/21
FECHA DEL TRABAJO	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21	12/3/21
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																

El presente es propiedad de la Dirección de Evaluación y Control de Calidad de los Servicios de Salud. No debe ser reproducido, distribuido, copiado, ni publicado sin el consentimiento expreso de la Dirección de Evaluación y Control de Calidad de los Servicios de Salud.



MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA

SECRETARÍA DE GESTIÓN DE PERSONAL Y CONTROL DE CALIDAD DE LA EDUCACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

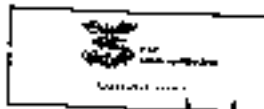
FORMULARIO

NO. 100
APROBACIÓN: 08/03/2020

Nombre del evaluado: **LUISA FERNANDA ARCE**

Apellido: **ARCE**

GRUPO DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN
PRIMA DEL TERCER AÑO DE LA EDUCACIÓN PRIMARIA	05/03/2021 Luisa Arce	05/03/2021 Luisa Arce	05/03/2021 Luisa Arce	04/03/2021 Luisa Arce	05/03/2021 Luisa Arce	07/03/2021 Luisa Arce	05/03/2021 Luisa Arce	10/03/2021 Luisa Arce	11/03/2021 Luisa Arce	06/03/2021 Luisa Arce	16/03/2021 Luisa Arce	08/03/2021 Luisa Arce	19/03/2021 Luisa Arce	19/03/2021 Luisa Arce	19/03/2021 Luisa Arce
PRIMA DEL TERCER AÑO DE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA	05/03/2021 Luisa Arce	05/03/2021 Luisa Arce	05/03/2021 Luisa Arce	04/03/2021 Luisa Arce	05/03/2021 Luisa Arce	07/03/2021 Luisa Arce	05/03/2021 Luisa Arce	10/03/2021 Luisa Arce	11/03/2021 Luisa Arce	06/03/2021 Luisa Arce	16/03/2021 Luisa Arce	08/03/2021 Luisa Arce	19/03/2021 Luisa Arce	19/03/2021 Luisa Arce	19/03/2021 Luisa Arce



ORGANIZACION PARA LA DEFENSA DE LOS CONSUMIDORES
SECRETARÍA DE DEFENSA ECONOMICA CONTARDO MORALES DE CIVILIANO Y CONTRA

EQUIPO N° 12	
FECHA DE EMISION	02/11/19
FECHA DE OBSERVACION	02/11/19
FECHA DE CALIFICACION	02/11/19

Nombre del evaluado: Johann Suva

Firma: [Handwritten Signature]

INDICADORES DE DESEMPEÑO	FECHA DE EJECUCION	FECHA DE CALIFICACION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE EMISION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE EMISION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE EMISION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE EMISION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE EMISION	FECHA DE OBSERVACION	FECHA DE EMISION	FECHA DE OBSERVACION
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															
TEMAS DEL TEMARIO															

Este documento es propiedad de la Comisión de Defensa del Consumidor. Toda vez que es un documento que se genera para la defensa del consumidor, se permite su reproducción y uso en el ámbito de la defensa del consumidor.



Nombre del Funcionario:

LICETIA BARRIOS

PROCESO: AUX DE FURTERERIA

FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN
01-03-71	02-03-71	03-03-71	04-03-71	05-03-71	06-03-71	07-03-71	08-03-71	09-03-71	10-03-71	11-03-71	12-03-71	13-03-71	14-03-71	15-03-71	16-03-71
01-03-71	02-03-71	03-03-71	04-03-71	05-03-71	06-03-71	07-03-71	08-03-71	09-03-71	10-03-71	11-03-71	12-03-71	13-03-71	14-03-71	15-03-71	16-03-71

Observaciones:



ESTADÍSTICAS DEL GOBIERNO CUBANO

INFORME DE GESTIÓN DEL GOBIERNO CUBANO Y ESTADO DE ECONOMÍA Y COMERCIO

FORMA N° 118

ESTADÍSTICA
INDUSTRIAL
PÁG. 11

Nombre del trabajador:

MARTHA MONTAÑO

Nombre AUX DE ENFERMERIA

DESIGNACIÓN DEL EMPLEADO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO	ESTADO DE EMPLEO
FORMA DEL TRABAJADOR															
TENDENCIA DE UN DÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TENDENCIA DE UN DÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TENDENCIA DE UN DÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TENDENCIA DE UN DÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TENDENCIA DE UN DÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TENDENCIA DE UN DÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TENDENCIA DE UN DÍA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TENDENCIA DE UN DÍA															

OTRAS NOTAS



SECCION DE FORMACION CONTINUA

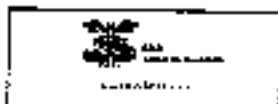
SEMPRE AGUARDANDO EL MOMENTO DE CONTINUAR Y COMENZAR LA FORMACION CONTINUA

SECCION 119	
APROBACION	EMPLEADO
Pag. 11	

Nombre del Trabajador: Jenny Chaujat

Programa: 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
01-03-21	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
PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP
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
PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP



ESTADO MINUTARIO

SERVICIO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

DIRECCIÓN: ...

USUARIO	1
APROBADO	Control
Pg. 11	

Nombre del paciente: **ANGIE APERO**

Nombre de la enfermedad: **AUX DE ENFERMEDAD**

	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																
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																
FECHA DE INICIO																
FECHA DE FIN																

Observaciones:

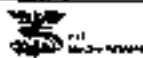
Este formulario es propiedad del Estado y debe ser devuelto a la Dirección de Urgencias y Emergencias del Hospital General de la Empresa tras el alta del paciente.



Nombre de la Unidad: **HECHO CHARRAS**

Nombre: **AUX DE FARMACIA**

FECHA DE EMISIÓN	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
FORMA DE EMISIÓN														
FORMA DE RECEPCIÓN														
FORMA DE EMISIÓN														
FORMA DE RECEPCIÓN														
FORMA DE EMISIÓN														
FORMA DE RECEPCIÓN														
FORMA DE EMISIÓN														
FORMA DE RECEPCIÓN														
FORMA DE EMISIÓN														
FORMA DE RECEPCIÓN														
FORMA DE EMISIÓN	Hecho	2-03-21	3-03-21	4-03-21	5-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21	11-3-21				
FORMA DE RECEPCIÓN	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho				
FORMA DE EMISIÓN														
FORMA DE RECEPCIÓN														
FORMA DE EMISIÓN	Hecho	2-03-21	3-03-21	4-03-21	5-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21	11-3-21				
FORMA DE RECEPCIÓN	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho	Hecho				
FORMA DE EMISIÓN														
FORMA DE RECEPCIÓN														
FORMA DE EMISIÓN														
FORMA DE RECEPCIÓN														
FORMA DE EMISIÓN														
FORMA DE RECEPCIÓN														



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SISTEMA DE REGISTRO DE NACIMIENTOS, DEFUNCIONES Y MOVIMIENTOS

Formulario 14

VERSIÓN 2011

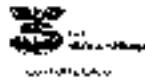
ANEXO 1

PÁG. 01

Nombre de la madre: CLAUDIA RATO

Apellido: AL DE ENFERMERA

ESTADO CIVIL	FECHA DE EMBAZARDO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO	FECHA DE PARTO
EMBAZARDO QUINCE	01-03-12	02-03-12					09-02								
FECHA DEL EMBARZARDO	CLAUDIA RATO	CLAUDIA RATO					CLAUDIA								
EMBAZARDO CUARENTA															
FECHA DEL EMBARZARDO															
EMBAZARDO SESENTA															
FECHA DEL EMBARZARDO															
EMBAZARDO OCHO															
FECHA DEL EMBARZARDO															
EMBAZARDO DIEZ															
FECHA DEL EMBARZARDO															
EMBAZARDO DOCE	01-03-12	02-03-12	03-03-12	04-03-12	05-03-12	06-03-12	07-03-12	08-03-12	09-03-12	10-03-12	11-03-12	12-03-12	13-03-12	14-03-12	15-03-12
FECHA DEL EMBARZARDO	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA	CLAUDIA
EMBAZARDO CATORCE															
FECHA DEL EMBARZARDO															
EMBAZARDO DIECISÉIS															
FECHA DEL EMBARZARDO															
EMBAZARDO DIECIOCHO															
FECHA DEL EMBARZARDO															
EMBAZARDO VEINTI															
FECHA DEL EMBARZARDO															
EMBAZARDO VEINTIDOS															
FECHA DEL EMBARZARDO															
EMBAZARDO VEINTICUATRO															
FECHA DEL EMBARZARDO															
EMBAZARDO VEINTISÉIS															
FECHA DEL EMBARZARDO															
EMBAZARDO VEINTIOCHO															
FECHA DEL EMBARZARDO															
EMBAZARDO TRICENARIO															
FECHA DEL EMBARZARDO															



SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

FORMA 10
 10/01/2011
 10/01/2011
 Pág. 01

ASPA ACELTA

ASPA DE FARMACIA

TIPO DE TRABAJO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN	FECHA DE FIN
TIPO DE TRABAJO															
FECHA DE INICIO															
FECHA DE FIN															
FECHA DE INICIO	04-03-21	05-03-21	05-03-21	05-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21								
FECHA DE FIN	05-03-21	05-03-21	05-03-21	05-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21								
FECHA DE INICIO															
FECHA DE FIN															
FECHA DE INICIO	04-03-21	05-03-21	05-03-21	05-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21								
FECHA DE FIN	05-03-21	05-03-21	05-03-21	05-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21								
FECHA DE INICIO															
FECHA DE FIN															
FECHA DE INICIO	04-03-21	05-03-21	05-03-21	05-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21								
FECHA DE FIN	05-03-21	05-03-21	05-03-21	05-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21								
FECHA DE INICIO															
FECHA DE FIN															

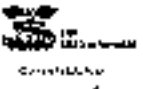


Nombre del paciente: **CAROL HIGUERA**

Problema: **AUX DE ENFERMERIA**

FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION
FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION
01-3-21	02-3-21	03-3-21	04-3-21	05-3-21	08-3-21	09-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21	13-3-21	14-3-21	15-3-21	16-3-21	17-3-21	
CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL
FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION	FECHA DE ATENCION
01-3-21	01-3-21	2-3-21	4-3-21	05-3-21	08-3-21	09-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21	13-3-21	14-3-21	15-3-21	16-3-21	17-3-21	
CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL	CAROL

Otro comentario:

	DIRECCIÓN GENERAL DE HIGIENE Y SALUD PÚBLICA										Epidemiología		
	SISTEMA REGISTRO VIGILANCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS										VIGILANCIA	INFORMACIÓN	
	INSTITUTO VIGILANCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN <small>INSTITUTO VIGILANCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN</small>												Pag. 01


Nombre de paciente: **ANGIE SARMIENTO**

Residencia: **AUX DE ENFERMERIA**

TIPO DE ENFERMEDAD	FORMA DE INICIO	FECHA DE INICIO	FECHA DE CURACIÓN	FECHA DE FALLECIMIENTO	LOCALIDAD DE INICIO	LOCALIDAD DE CURACIÓN	FECHA DE FALLECIMIENTO	LOCALIDAD DE FALLECIMIENTO	FECHA DE INICIO	LOCALIDAD DE INICIO	FECHA DE CURACIÓN	LOCALIDAD DE CURACIÓN	FECHA DE FALLECIMIENTO	LOCALIDAD DE FALLECIMIENTO
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														
FORMA DEL TRABAJADOR														
TIPO DE TRABAJADOR														

OBSERVACIONES:

Este formulario es propiedad de la Empresa del Estado de Tucumán. No puede ser reproducido ni utilizado para fines comerciales. Se debe devolver al Estado de Tucumán.

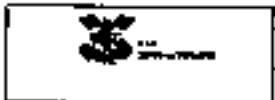
	SISTEMA DE GESTIÓN POR RESULTADOS CONTROL Y GESTIÓN DE EMPLAQUEO CONTROL											FORMULARIO 111				
	SISTEMA DE GESTIÓN POR RESULTADOS CONTROL Y GESTIÓN DE EMPLAQUEO CONTROL													VERSION 1		
	SISTEMA DE GESTIÓN POR RESULTADOS CONTROL Y GESTIÓN DE EMPLAQUEO CONTROL													APLICACIÓN 1	RUS03074	
SISTEMA DE GESTIÓN POR RESULTADOS CONTROL Y GESTIÓN DE EMPLAQUEO CONTROL															Pág. 11	

Nombre del trabajador: LORIANA ALONSO

Apellido: ALONSO DE ESPINOSA

TIPO DE TASA	FECHA DE PRELUDIO	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
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															
TASA DE TASA DE TASA															

El presente formulario es propiedad de la Corporación de Gestión de Recursos Humanos del Sector Público. Toda información contenida en el mismo es de uso interno y no debe ser divulgada a terceros sin el consentimiento expreso de la Corporación de Gestión de Recursos Humanos del Sector Público.



CESTARIO DE INSTRUMENTOS CONTABLES
 SISTEMA DE GESTION FINANCIERA CONTABLE Y CONTROLES DE EVALUACION Y CONTROL
 ENTIDAD FINANCIERA O CORPORAÇÃO DE BIENES DE PROPIEDAD PERSONAL PARA PRESENTAR LA SITUACION CONTABLE AL 31 DE DICIEMBRE EN LOS TERMINOS DE LA LEY ORGANICA

Ecuador, 1990
 MINISTERIO DE SALUD
 QUITA

NOMBRE DEL EMPLEADO: Andrés PAIG

FUNCIÓN: Enfermero

ELEMENTOS DE PASIVO DEL PATRIMONIO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
RESERVA DE SUPERAVANCE															
RESERVA DE TRABAJO															
RESERVA DE DEPRECIACION															
RESERVA DE IMPROBABILIDAD															
RESERVA DE TRABAJO															
RESERVA DE DEPRECIACION															
RESERVA DE IMPROBABILIDAD															
RESERVA DE TRABAJO															
RESERVA DE DEPRECIACION															
RESERVA DE IMPROBABILIDAD															
RESERVA DE TRABAJO															
RESERVA DE DEPRECIACION															
RESERVA DE IMPROBABILIDAD															
RESERVA DE TRABAJO															
RESERVA DE DEPRECIACION															
RESERVA DE IMPROBABILIDAD															

Este documento es propiedad del Ecuador y debe ser usado solamente para fines de estadística y no debe ser distribuido fuera del Ecuador.




SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SISTEMA DE GESTIÓN DE RENDIMIENTO CONTINUO Y OBJETIVO DE EVALUACIÓN Y CONTROL
ENTREGA Y RECIBO DE DATOS SOBRE EL ESTADO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREPARAR LA EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO A LAS CONDICIONES DE LOS TRABAJADORES DE LA ELÉCTRICIDAD
MANUAL

SECRETARÍA DE ECONOMÍA
 Versión 1
 2014-2015
 2014-2015
 Pág. 87

Nombre del trabajador: Joly Alfonso

Actividad: Factoración

EL DÍA 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	FECHA DE ENTREGA
TARJETAS O EQUIPOS	18/03/14															
FIRMA DEL TRABAJADOR	Joly Alfonso															
TARJETAS O EQUIPOS	19/03/14															
FIRMA DEL TRABAJADOR	Joly Alfonso															
TARJETAS O EQUIPOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARJETAS O EQUIPOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARJETAS O EQUIPOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARJETAS O EQUIPOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARJETAS O EQUIPOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARJETAS O EQUIPOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARJETAS O EQUIPOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

	GESTIÓN DE RECRUTAMIENTO CONTROLADO												FORMULARIO 113	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE RECRUTAMIENTO CONTROLADO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL												VERSION	1
	SISTEMA Y CONTROL A BASE DE DATOS DE EMERGENCIAS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EMERGENCIA ORGANIZACIONAL A GARCÍAS CON SU FORTALECIMIENTO DE LAS TRÁNSITOS DE LA ESE E SALUD DEL TRABAJADOR												APROBACION	10/03/2010
Página 1 de 1														

Nombre del candidato: **CLAUDIA PINZÓN**

Proceso: **ASIGNACIÓN DE CITAS**

ELABORADOR DE PROTOCOLO OPERATIVO	FECHA DE CREACION	FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	FECHA DE VIGENCIA	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	FECHA DE EXTENSIÓN	FECHA DE SUSPENSIÓN	FECHA DE RESECCIÓN	FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TAMBORES OPERATIVO	16-3-21	17-3-21													
FIRMA DEL TRABAJADOR	cl-p	cl-p													
TAMBORES OPERATIVO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES OPERATIVO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES OPERATIVO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES OPERATIVO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES OPERATIVO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES OPERATIVO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES OPERATIVO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES OPERATIVO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES OPERATIVO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES OPERATIVO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES OPERATIVO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES OPERATIVO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
 SISTEMA DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN CONTINUA Y GESTIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
 SISTEMA DE MONITOREO Y SATISFACCIÓN DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL SISTEMA, PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS A LOS RIESGOS DE LA ENFERMEDAD DEL VIROSA

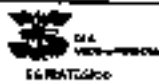
CANTON 14
 MES DE APROBACIÓN: _____
 AÑO: _____

Nombre del paciente: Cardona Sinfente

Nombre: Asignación de citas

ELEMENTOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE RESPUESTA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE RESPUESTA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE RESPUESTA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE RESPUESTA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE RESPUESTA
SEPARACIÓN QUIRÓFANO	05-03-11	12-03-11	16-03-11												
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>												
SEPARACIÓN QUIRÓFANO	02-03-11														
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
SEPARACIÓN QUIRÓFANO	10-03-11														
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
SEPARACIÓN QUIRÓFANO	11-03-11														
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
SEPARACIÓN QUIRÓFANO	02-03-11														
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
SEPARACIÓN QUIRÓFANO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEPARACIÓN QUIRÓFANO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEPARACIÓN QUIRÓFANO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEPARACIÓN QUIRÓFANO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEPARACIÓN QUIRÓFANO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Este documento es propiedad de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. Toda su reproducción o uso no autorizado, sin la debida autorización de la Dirección de Salud del Estado de Chiapas, será sancionada.



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
INSTITUTO CUBANO DE INVESTIGACIONES Y CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
 CENTRO Y CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS DE LA PROVINCIA DE MATanzas

FORMULARIO
 N.º 1
 Pág. 1 de 1

Nombre del paciente: Dra. Rosa C. Cruz

Procedimiento: Asignación de días

ESTADOS DE PROTECCIÓN PARASITARIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PARTIDA	FECHA DE PARTIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PARTIDA	FECHA DE PARTIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PARTIDA	FECHA DE PARTIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE PARTIDA	FECHA DE PARTIDA
PARASITARIO QUÉ SE QUEDA	14-03-2014	15-03-2014		09-03-2014	10-03-2014	11-03-2014	12-03-2014	13-03-2014	14-03-2014		15-03-2014	16-03-2014	17-03-2014	18-03-2014	19-03-2014	20-03-2014
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>
PARASITARIO QUE SE QUEDA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PARASITARIO QUE SE QUEDA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PARASITARIO QUE SE QUEDA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PARASITARIO QUE SE QUEDA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PARASITARIO QUE SE QUEDA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PARASITARIO QUE SE QUEDA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
PARASITARIO QUE SE QUEDA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																



ENTRASCOS

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SISTEMA DE GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO Y RESPONDE DE CALIDAD Y CONTROL

ENTREGA Y REGISTRO DE SATISFACCIÓN DE ALUMNOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA RESERVA EN LA EMPLEACIÓN DE PERSONAS A SU RIESGO Y FOMENTO DE LOS TRABAJADORES DE LA E.E. E. SALLA (P.L.)

FORMULARIO

NO. DE REGISTRO: 1

FECHA DE REGISTRO: 15/01/2023

15/01

Nombre del Inspector:

JAI VARGAS

Título:

FACTURACIÓN

ELEMENTOS DE MONITOREO (PUNTO 4.1)	FECHA DE ENTREGA	NÚMERO DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TITULO DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:

Este documento es propiedad de la Empresa de la Ciudad de Trujillo. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin autorización de la Empresa de la Ciudad de Trujillo.



SECCIÓN DE MONITOREO COMUNITARIO

SISTEMAS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL Y SECCIONES DE MONITOREO Y CONTROL

ENTRADA Y SEGUIMIENTO A LA INSPECCIÓN DE LAS UNIDADES PRODUCTIVAS PERUANA, PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN OCASIONAL A SARS COV2 y OBTENER LOS TRABAJADORES DE LA E DE ASESORÍA

FOLIO N° 01

TERCER

APRIL 2020

N° 01

UBICACIÓN:

Barrio Los Puñillo

PROBLEMA:

Tacturización

UBICACIÓN DEL PROBLEMA (CALLE, DISTRITO, PROVINCIA)	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
BARRO DE LOS PUÑILLO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:



SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA
SISTEMA NACIONAL DE MONITOREO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL
ENTRADA Y SALIDA A LA FARMACIA DE ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS EN EL SECTOR PÚBLICO

(CONTINUA)
 TERCERA PARTE
 ANEXO 100
 Pág. 11

Nombre del Director: ARNOLDO OLIVERA

Título: ASIGNACIÓN DE OTAS

FECHA DE RECEPCIÓN 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
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																
FORMA DEL TRABAJADOR TARJETAS DE ENTREGA																



Nombre del trabajador: JENNY FULCONI

Factura: FACTURACION

TIPO DE SERVICIO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	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
TARIFAS DE SERVICIO	11-33-01	02-03-2012	03-03-2012	04-03-2012	01-03-2012	09-03-2012	10-03-2012	01-03-2012	03-03-2012	12-03-2012	16-03-2012	19-03-2012	20-03-2012	21-03-2012	22-03-2012	23-03-2012
Nombre del trabajador	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi	Jenny Fulconi
TARIFAS DE SERVICIO																
Nombre del trabajador																
TARIFAS DE SERVICIO																
Nombre del trabajador																
TARIFAS DE SERVICIO																
Nombre del trabajador																
TARIFAS DE SERVICIO																
Nombre del trabajador																
TARIFAS DE SERVICIO																
Nombre del trabajador																
TARIFAS DE SERVICIO																
Nombre del trabajador																
TARIFAS DE SERVICIO																
Nombre del trabajador																
TARIFAS DE SERVICIO																
Nombre del trabajador																



Nombre del trabajador: MELBA FONSECA

Proceso: FACTURACION

ELABORADOR 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 OMBUDISMO	1-03-21	2-03-21	3-03-21	4-03-21	5-03-21	8-03-21	9-03-21	10-03-21	12-03-21	16-03-21	17-03-21	18-03-21			
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>Melba Fonseca</i>	<i>Melba Fonseca</i>	<i>Melba Fonseca</i>	<i>Melba Fonseca</i>	<i>Melba Fonseca</i>	<i>Melba Fonseca</i>	<i>Melba Fonseca</i>	<i>Melba Fonseca</i>	<i>Melba Fonseca</i>	<i>Melba Fonseca</i>	<i>Melba Fonseca</i>	<i>Melba Fonseca</i>			
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															



CELEBRACIÓN DE LAS JORNADAS DE CONTROL

SISTEMA DE CONTROL MEDICAMENTARIO COMERCIAL Y CONTROL DE CALIDAD Y CONTROL

ENTRE LA Y PERSONA A AUTORIZACIÓN DE SUBSISTENTE DE PROTECCIÓN FARMACÉUTICA PARA PREVENIR LA DEFENSIÓN DE LA VIDA Y LA SALUD DEL PAISANO

Identificación

VENECIA

APROBACION

11/01/2018

Página 1/1

Nombre del trabajador: Clara Montaña

Profesión: Farmacéutica

EVENTOS DE CONTROL / OPORTUNIDAD	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE PARTIDA	FECHA DE VUELTA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE PARTIDA	FECHA DE VUELTA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE PARTIDA	FECHA DE VUELTA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE PARTIDA	FECHA DE VUELTA
TRABAJOS DE CONTROL	16.3	5.3	8.3	9.3	10.3	11.3	12.3	15.3	16.3	17.3	18.3	19.3				
FIRMA DEL TRABAJADOR	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>Clara</u>	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>				
TRABAJOS DE CONTROL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJOS DE CONTROL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJOS DE CONTROL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJOS DE CONTROL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJOS DE CONTROL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJOS DE CONTROL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJOS DE CONTROL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJOS DE CONTROL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJOS DE CONTROL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJOS DE CONTROL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJOS DE CONTROL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJOS DE CONTROL																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

TRABAJOS DE CONTROL	4.3	5.3	8.3	9.3	12.3	15.3	18.3	19.3
FIRMA DEL TRABAJADOR	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>	<u>en</u>



Descripción: Orden de compra de materiales

Revisión:

ACTIVIDADES DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS	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
ENTREGA Y RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS	01/05/21	05/05/21	08/05/21	11/05/21	10/05/21	11/05/21	13/05/21	17/05/21	18/05/21	19/05/21						
ENTREGA DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
ENTREGA DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
ENTREGA DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
ENTREGA DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
ENTREGA DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
ENTREGA DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
ENTREGA DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE REGISTRO MERCANTIL CONTINUO Y AUTOMÁTICO DE EMPLADOS Y CONTRATOS																



Teléfono Celular

ESPECIFICACIONES DE PRODUCTO O SERVICIO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TARIFAS DE SERVICIOS	<i>del 15/04/2012</i>	<i>del 15/04/2012</i>	<i>del 15/04/2012</i>	<i>del 15/04/2012</i>	<i>del 15/04/2012</i>	<i>del 15/04/2012</i>	<i>del 15/04/2012</i>	<i>del 15/04/2012</i>	<i>del 15/04/2012</i>	<i>del 15/04/2012</i>					
PRECIO DEL PRODUCTO	<i>0,50</i>	<i>0,50</i>	<i>0,50</i>	<i>0,50</i>	<i>0,50</i>	<i>0,50</i>	<i>0,50</i>	<i>0,50</i>	<i>0,50</i>	<i>0,50</i>					
APROBACION															
PRECIO DEL PRODUCTO															
APROBACION															
PRECIO DEL PRODUCTO															
APROBACION															
PRECIO DEL PRODUCTO															
APROBACION															
PRECIO DEL PRODUCTO															
APROBACION															
PRECIO DEL PRODUCTO															
APROBACION															
PRECIO DEL PRODUCTO															
APROBACION															
PRECIO DEL PRODUCTO															
APROBACION															
PRECIO DEL PRODUCTO															
APROBACION															
PRECIO DEL PRODUCTO															
APROBACION															
PRECIO DEL PRODUCTO															
APROBACION															
PRECIO DEL PRODUCTO															
APROBACION															
PRECIO DEL PRODUCTO															
APROBACION															



Nombre del evaluador: _____

Fecha: _____

ASPECTOS DE PROFESIÓN PROFESIONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	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 TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																
PRIMA DEL TRABAJO																



SECRETARÍA DE DESARROLLO OCUPACIONAL Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN LABORAL

FORMA 116

SECRETARÍA DE DESARROLLO OCUPACIONAL Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN LABORAL

ACTIVO A REALIZAR A TÍTULO DE OBRERA SUBORDINADA DE PROTECCIÓN LABORAL, PARA PREVENIR LA DESOCUPACIÓN LABORAL Y DESARROLLAR LA ECONOMÍA OCUPACIONAL A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL Y DEL CULTIVO DEL EMPLEO

VERSIÓN
APROBADA 2000
200002
Pág. 1ª

Nombre del trabajador

Profesión

FECHA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD 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
TARIFARIO QUINCENAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFARIO QUINCENAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EL PASADO QUINCENAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFARIO QUINCENAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
COPIA ANTE LUGAR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
COPIA ANTE LUGAR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
COPIA ANTE LUGAR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
COPIA ANTE LUGAR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
COPIA ANTE LUGAR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
COPIA ANTE LUGAR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:



SECRETARÍA DE ECONOMÍA

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

En México y Recibirá a Energía de los Estados Unidos de América por el personal de la Presidencia de la República, a saber como (nombre) de los (empleados) de la (dependencia) de la (entidad federativa).

FORMA DE

VERIFICACIÓN
APROBACIÓN

Nombre del trabajador:

Marcelo Quintana

Apellido:

Laboratorio

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA	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
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														
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN														
FIRMA DEL TRABAJADOR														

Observaciones:



SECRETARÍA DE GESTIÓN DEL MEDICAMENTO, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SISTEMAS DE CONTROL DE CALIDAD
SECRETARÍA NACIONAL DE FARMACIA, ALIMENTOS Y NUTRICIÓN
DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y SUBSISTEMAS DE DISTRIBUCIÓN DE FARMACOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Sub

Villa Bermejo

Laboratorio Clínico

ELEMENTO DE PRODUCCIÓN PROFESIONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	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 GARANTÍA															
APPROBACIÓN DE LA FARMACIA															
TARJETA DE GARANTÍA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR	<i>08/02/11</i>	<i>07/02/11</i>	<i>08/02/11</i>	<i>09/02/11</i>	<i>10/02/11</i>	<i>11/02/11</i>	<i>12/02/11</i>	<i>13/02/11</i>	<i>14/02/11</i>	<i>15/02/11</i>	<i>16/02/11</i>	<i>17/02/11</i>	<i>18/02/11</i>	<i>19/02/11</i>	<i>20/02/11</i>
FECHA DEL TRABAJADOR	<i>08/02/11</i>	<i>09/02/11</i>	<i>10/02/11</i>	<i>11/02/11</i>	<i>12/02/11</i>	<i>13/02/11</i>	<i>14/02/11</i>	<i>15/02/11</i>	<i>16/02/11</i>	<i>17/02/11</i>	<i>18/02/11</i>	<i>19/02/11</i>	<i>20/02/11</i>	<i>21/02/11</i>	<i>22/02/11</i>
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR	<i>08/02/11</i>	<i>09/02/11</i>	<i>10/02/11</i>	<i>11/02/11</i>	<i>12/02/11</i>	<i>13/02/11</i>	<i>14/02/11</i>	<i>15/02/11</i>	<i>16/02/11</i>	<i>17/02/11</i>	<i>18/02/11</i>	<i>19/02/11</i>	<i>20/02/11</i>	<i>21/02/11</i>	<i>22/02/11</i>
FECHA DEL TRABAJADOR	<i>08/02/11</i>	<i>09/02/11</i>	<i>10/02/11</i>	<i>11/02/11</i>	<i>12/02/11</i>	<i>13/02/11</i>	<i>14/02/11</i>	<i>15/02/11</i>	<i>16/02/11</i>	<i>17/02/11</i>	<i>18/02/11</i>	<i>19/02/11</i>	<i>20/02/11</i>	<i>21/02/11</i>	<i>22/02/11</i>
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															

Continúa en...



GERENCIA DE SALUD PÚBLICA

FORMA 114

Hoja de registro de actividades de control y gestión de enfermedades infecciosas

REGION

PROVINCIA

OPORTUNIDAD Y ADECUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL Y GESTIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA COMUNIDAD, CON ÉNFASIS EN LAS ENFERMEDADES DE LA E.C. INFECCIOSAS

Núm. 4

Pág. 11

Nombre del trabajador

Profesión

ELEMENTO DEL PROGRAMA DE CONTROL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	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 Población Controlada															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															
Forma del trabajador															
Tamaño de la muestra															



SISTEMA DE ORDENAMIENTO CURSIVO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

ENTRADA Y RECIBO DE LA DILIGENCIA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA SERVIDORES PÚBLICOS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y ENLACE TECNOLÓGICO DE LA SALUD DEL PAÍS

DEMINES-118

MUNICIPIO	L
PROVINCIA	SANTO DOMINGO
PÁG. 04	

Nombre del trabajador: Jenny A. Tristano P Puesto: Laboratorio Clínico

ESTADO DE LA DILIGENCIA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	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 PROTECCIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS DE PROTECCIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS DE PROTECCIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
COMUNICACION	4-03-21	5-03-21	8-03-21	9-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21	13-03-21	15-03-21	16-03-21	17-03-21	18-03-21			
PRIMA DEL TRABAJADOR	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P			
COMUNICACION															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
COMUNICACION															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
COMUNICACION															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
BATA MANGA LARGA ESTÉRIL	4-03-21	5-03-21	8-03-21	9-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21	13-03-21	15-03-21	16-03-21	17-03-21	18-03-21			
PRIMA DEL TRABAJADOR	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P	Jenny P			
BATA MANGA LARGA ESTÉRIL															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
BATA MANGA LARGA ESTÉRIL															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
BATA MANGA LARGA ESTÉRIL															
PRIMA DEL TRABAJADOR															



GESTIÓN DE MANTENIMIENTO CONTROL

SISTEMA DE GESTIÓN MANTENIMIENTO CONTROL Y GESTIÓN DE EMERGENCIAS Y CONTROL

ENTREGA Y REGISTRO A SUBSECCIONES DE LOS BENS DE BIENESTAR PERSONAL PARA PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN CORRECTA A NIVEL NACIONAL DE LOS TUBOS DE TRUBAJOS DE LA SALUD DEL PERSONAL

EQUIPO	
PERSONA	...
APROBADO POR	...
FECHA	...

Nombre de Subsección: Colos

Nombre: Mantenimiento

Subsección de Protección Ambiental	Nombre de Entrega	Fecha de Entrega	Fecha de Entrega	Fecha de Entrega	Fecha de Entrega	Fecha de Entrega	Fecha de Entrega	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 BIENESTAR
FORMA DEL TRABAJADOR
TRABAJOS DE BIENESTAR
FORMA DEL TRABAJADOR
TRABAJOS DE BIENESTAR
FORMA DEL TRABAJADOR
TRABAJOS DE BIENESTAR
FORMA DEL TRABAJADOR
TRABAJOS DE BIENESTAR
FORMA DEL TRABAJADOR
TRABAJOS DE BIENESTAR
FORMA DEL TRABAJADOR
TRABAJOS DE BIENESTAR
FORMA DEL TRABAJADOR
TRABAJOS DE BIENESTAR
FORMA DEL TRABAJADOR



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EMPRESAS DE TRABAJO CONTINUA

ENTREGA Y RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL TRABAJADOR DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PROTEGER LA COMPLICACIÓN DE ESPALDAROS EN PAISES DONDE EXISTEN TRABAJADORES EN LAS CATEGORÍAS DEL TRABAJO

FORMULARIO
VERSIÓN 1
ADAPTACIÓN OBSERVADOR
Pg 11

NOMBRE DEL TRABAJADOR

Alexandra Figueroa S.

PROFESIÓN:

Medicinas

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE RIESGOS	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE DEVOLUCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	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 RIESGO															
ACTIVIDAD TRABAJADA															
ESPECIFICACIONES															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
TARIFA DE RIESGO															
PREMIO DEL TRABAJADOR															
TARIFA DE RIESGO															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															
NOMBRE DEL TRABAJADOR															
OTRO ATRIBUCIÓN															

ENTREGA Y RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL TRABAJADOR DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PROTEGER LA COMPLICACIÓN DE ESPALDAROS EN PAISES DONDE EXISTEN TRABAJADORES EN LAS CATEGORÍAS DEL TRABAJO



SECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

DIRECCIÓN DE GESTIÓN RECURSOS HUMANOS CONTRATO Y GESTIÓN DE SERVIDORES PÚBLICOS

ENTREGA Y RECIBO DE LA FOLIO DE MUESTREO DE FOLIOS DE PERSONAL PARA PREVENIR LA EFECTUACIÓN DOMICILIO EN LA BASE COMO COMPLETOS DEL TRABAJO EN LA FECHA DE

BOLETA N°
 ESTADO
 APROBADO
 ENTREGADO
 Pág. 1 de 1

Nombre del trabajador: Mrs. Paola Rodríguez

Profesión: Medicina General

TUACIÓN 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
ESTADO ANTES DEL TRABAJO					11-03-21	12-03-21										
FOLIO DEL TRABAJADOR					8990	8990										
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FOLIO DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FOLIO DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FOLIO DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FOLIO DEL TRABAJADOR	04-03-21	05-03-21	05-03-21		05-03-21				12-03-21	13-03-21	16-03-21					
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	8990	8990	8990		8990				8990	8990	8990					
FOLIO DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FOLIO DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FOLIO DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FOLIO DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FOLIO DEL TRABAJADOR	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	16-03-21	17-03-21	18-03-21	19-03-21	20-03-21	
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	8990	8990	8990	8990	8990	8990	8990	8990	8990	8990	8990	8990	8990	8990	8990	
FOLIO DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FOLIO DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																
FOLIO DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN																

Este documento es propiedad del Estado Dominicano y debe ser devuelto al Estado Dominicano en caso de ser necesario, sin perjuicio de lo establecido en el Reglamento de Contratos de Trabajo de la República Dominicana.



DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTO CONTROLADO Y CONTROL DE CALIDAD Y CONTROL
 DIVISION DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y CONTROL DE CALIDAD Y CONTROL DE CALIDAD Y CONTROL

FORMA N° 10
 NOMBRE DEL MEDICAMENTO
 NOMBRE DEL TRABAJADOR
 FECHA

Nombre del paciente: Flora Yinet Rojas Apellido: Medina

ELEMENTOS DE IDENTIFICACION 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
ESPECIFICACION DEL MEDICAMENTO															
FECHA DEL EMPLAZAMIENTO															
TIPO DE MEDICAMENTO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA															
TIPO DEL EMPLAZAMIENTO															
TIPO DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FORMA DE ENTREGA	04-3-20	01-3-20	05-3-20	07-3-20	08-3-20	15-3-20	16-3-20	17-3-20	18-3-20	19-3-20					
FECHA DEL TRABAJADOR	EJA	EJA	EJA	EJA	EJA	EJA	EJA	EJA	EJA	EJA					
FORMA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FORMA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FORMA DE ENTREGA	04-3-20	05-3-20	07-3-20	08-3-20	15-3-20	16-3-20	17-3-20	18-3-20	19-3-20						
FECHA DEL TRABAJADOR	EJA	EJA	EJA	EJA	EJA	EJA	EJA	EJA	EJA						
FORMA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FORMA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FORMA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FORMA DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FORMA DE ENTREGA															

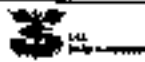
Este documento es propiedad de la Empresa Cubana del Medicamento y no debe ser utilizado para fines ajenos a los que fueron creados. Toda infracción será sancionada de acuerdo con la Ley de Propiedad Industrial.



Nombre del paciente: Francisco Figueroa Blanco

Medico: Medicina

NUMERO DE PROYECCION PATRONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
SERVICIOS GINECOLOGICOS																
FECHA DEL TRABAJO																
TIPO DE TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
TIPO DE TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
TIPO DE TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
TIPO DE TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
TIPO DE TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
TIPO DE TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
TIPO DE TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
TIPO DE TRABAJO																
FECHA DEL TRABAJO																
TIPO DE TRABAJO																



SECRETARÍA DE MEDICINA DEL TROPICISMO

SISTEMA DE CONTROL DE FARMACOS EN FARMACIAS Y CENTROS DE DIAGNÓSTICO Y CONTROL

FORMULARIO

Fecha: _____

Apellidos: _____

Página _____

ENTRADA - REGISTRO DE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS QUÍMICOS PARA FARMACIAS Y CENTROS DE DIAGNÓSTICO Y CONTROL EN UNO DE LOS TRABAJADORES DE LA RED SALUD DEL TROPICISMO

Centro de trabajo:


San Pedro de Macoris

Nombre:

Melani

REPARTO DE FARMACIAS GOBIERNAL	FECHA DE ENTRADA	NOMBRE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FARMACIAS GOBIERNAL															
FORMA DE TRABAJADOR															
FARMACIAS GOBIERNAL															
FORMA DE TRABAJADOR															
FARMACIAS GOBIERNAL															
FORMA DE TRABAJADOR															
FARMACIAS GOBIERNAL															
FORMA DE TRABAJADOR															
FARMACIAS GOBIERNAL															
FORMA DE TRABAJADOR															
FARMACIAS GOBIERNAL															
FORMA DE TRABAJADOR															
FARMACIAS GOBIERNAL															
FORMA DE TRABAJADOR															
FARMACIAS GOBIERNAL															
FORMA DE TRABAJADOR															
FARMACIAS GOBIERNAL															
FORMA DE TRABAJADOR															
FARMACIAS GOBIERNAL															
FORMA DE TRABAJADOR															

Este formulario es propiedad intelectual del Estado cubano de Cuba. Prohibida su reproducción o el uso que sea distinto al que se autoriza en el artículo 1.º de la Ley No. 405 del 24 de Julio de 1976.

	MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL DIRECCIÓN NACIONAL DE INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL												Formulario 114 1			
	INSTRUMENTO PARA LA REGISTRO DE ELEMENTOS DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL PARA FIRMAR LA OPOSICIÓN OCUPACIONAL A BARRAS CON JERARQUÍA EN LOS TRABAJADORES DE LA E.E. DE SALDO DEL TRABAJO														Págs. 1/1	

Nombre del Trabajador: Dobla Franco Apellido: Medina

EL MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	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 IDENTIFICACIÓN															
ESPACIO DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPACIO DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
BARRAS DE ENTREGA	04/03	05/03	08/03	09/03	10/03	11/03	12/03	15/03	16/03	17/03	18/03	19/03			
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]			
BARRAS DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
BARRAS DE ENTREGA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
BARRAS DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
BARRAS DE ENTREGA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
BARRAS DE ENTREGA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
BARRAS DE ENTREGA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



PROYECTO DE INGENIERÍA DE CONTROL

SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES - DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

CÓDIGO

1
1

SEMPRE Y SIEMPRE DENTRO DE LOS PLAZOS DE PROTECCIÓN AMBIENTAL, SIN PERMISOS, SIN CONFORMACIÓN, SIN CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE LA LEGISLACIÓN AMBIENTAL.

Pág. 11

Nombre del establecimiento: _____

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AMBIENTAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FAMA DEL TRABAJADOR															
COMPROMISO															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA															



SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SISTEMA DE GESTIÓN DE ASESORAMIENTO TÉCNICO Y SERVICIOS DE CALIDAD Y CONTROL

FORMA 01/01

SECCIÓN
REGISTRACIÓN

CONTROL

FORMA 01/01 REGISTRO DE PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN A RUIDO EN EL ÁMBITO DE LOS TRABAJOS EN LAS EMPRESAS DE LA ESE DEL ESTADO DE TLAXCALA

Página 1 de 1

Nombre del trabajador

Apellido

ELECCIÓN DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VIGENCIA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RETIRADA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TABLA DE CALIDAD DE LA OÍDIA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CALIDAD DE LA OÍDIA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CALIDAD DE LA OÍDIA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CALIDAD DE LA OÍDIA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CALIDAD DE LA OÍDIA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CALIDAD DE LA OÍDIA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CALIDAD DE LA OÍDIA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CALIDAD DE LA OÍDIA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CALIDAD DE LA OÍDIA																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones



DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

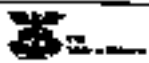
CATEGORÍA
 UNIDAD
 APLICACIÓN
 BRANQUEO
 Pág. 17

Nombre y apellido: Felipe R. Borge

Actividad: Medicina

ELEMENTOS DE MONITOREO 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 MATERIAL	4/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	5/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	6/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	7/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	8/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	9/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	10/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	11/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	12/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	13/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	14/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	15/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	16/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	17/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	18/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	19/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	20/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	21/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	22/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	23/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	24/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	25/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	26/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	27/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	28/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	29/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	30/11/10														
ENTREGA DE MATERIAL	1/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	2/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	3/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	4/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	5/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	6/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	7/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	8/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	9/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	10/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	11/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	12/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	13/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	14/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	15/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	16/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	17/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	18/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	19/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	20/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	21/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	22/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	23/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	24/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	25/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	26/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	27/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	28/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	29/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	30/12/10														
ENTREGA DE MATERIAL	31/12/10														

Observaciones:

**REGISTRO DE ENTREGA Y ENTREGA DE CORTES**

SISTEMA DE GESTIÓN DE SERVICIO CONTINUO Y CALIDAD DE EVALUACIÓN Y CONTROL

INDICADORES DE CALIDAD DE LA ENTREGA DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA PARA PREVENIR LA INFERIDAD OCUPACIONAL Y LA LESIÓN O QUEJA EN LOS TRABAJADORES DE LA E.S.E. SALUD DEL TUMAHUA

SEMANA 10	
SEMANA	1
FECHA	06/03/20
Pág 111	

Nombre del trabajador: Thierry Rodriguez

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... APAREJOS PROTECCIÓN PERSONAL	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DEL TRABAJADOR	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20
FECHA DE ENTREGA	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20	06/03/20

...
 Este documento es propiedad de la Organización y debe ser devuelto a la Organización en todo momento. No se permite la reproducción o el uso no autorizado sin el consentimiento escrito de la Organización. En caso de duda, consultar con el Departamento de Recursos Humanos.
 ...



COMISION DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS

INFORME DE GESTION DE FARMACOS CONTROLADOS Y/O CONTROL DE FARMACOS Y/O CONTROL DE FARMACOS

ACTIVIDAD: ACCION DE SANIFICACION DE EL IMPORTE DE PROTECCION PERSONAL PARA PREVENIR LA TRANSMISION DE INFECCION Y/O CONTROL DE FARMACOS Y/O CONTROL DE FARMACOS

CONTINENTAL

PROCESO
APROBACION
PROCESO

Pág. 11

NOMBRE DEL TRABAJADOR

Formo Lagos

CODIGO

Medicinas

FECHA DE RECEPCION DE PRODUCTOS APROBADOS	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	SERIE DE CONTROL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	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															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARIFAS DEL TRABAJADOR															

Este documento es propiedad de la Empresa del Estado S.A. y su uso es exclusivo para el control de medicamentos y productos sanitarios.



Nombre del establecimiento:

Dieta y Condensados

Medicinas

ESQUEMA DE PRODUCTOS POR PERIODO	FECHA DE DEBIDA	FECHA DE EXAMENES	FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
TIPOLOGÍA SUBSTANCIA																
CANTIDAD, FORMA Y UNIDAD																
INDICACIÓN SUBSTANCIA																
FECHA DE EXAMENES																
TIPOLOGÍA SUBSTANCIA																
FECHA DEL TRAMITADOR																
EXPOSICIÓN SUBSTANCIA																
FECHA DEL TRAMITADOR																
COMERCIALIZADOR	4-3-21	5-3-21	8-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21	15-3-21	16-3-21	17-3-21	18-3-21	19-3-21				
FECHA DEL TRAMITADOR	<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>				
COMERCIALIZADOR																
FECHA DEL TRAMITADOR																
CORSO Y SERVICIO																
FECHA DEL TRAMITADOR																
COMERCIALIZADOR																
FECHA DEL TRAMITADOR																
FECHA DEL TRAMITADOR																
FECHA DEL TRAMITADOR																
FECHA DEL TRAMITADOR																
FECHA DEL TRAMITADOR																
FECHA DEL TRAMITADOR																
FECHA DEL TRAMITADOR																
FECHA DEL TRAMITADOR																
FECHA DEL TRAMITADOR																

Observaciones:

Este documento es propiedad de la Empresa del Estado de Chile. Se prohíbe su reproducción por cualquier medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento escrito de la Empresa. Escala de Seguridad del Producto



SECRETARÍA DE GOBIERNO INTERIOR

SISTEMA DE GESTIÓN DE PERSONAL Y SERVICIOS DE PLANEACIÓN Y CONTROL

OPORTUNIDAD Y RENDIMIENTO EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS PERSONALES PARA FAVORECER LA EFECTIVIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA C. D. DEL ESTADO DE CHIAPAS

CAMPO N.º 1

UNIDAD DE APROBACIÓN 1

PÁG. 01

Nombre del beneficiario: _____

Apellido: _____

CATEGORÍA 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
IMPEDICIÓN QUINCENAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUINCENALES															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
IMPEDICIÓN QUINCENAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUINCENALES															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
IMPEDICIÓN QUINCENAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUINCENALES															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
IMPEDICIÓN QUINCENAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUINCENALES															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
IMPEDICIÓN QUINCENAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS QUINCENALES															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

OBSERVACIONES:

**SISTEMA DE MEDICAMENTO CONTROLADO****AGENCIA DE GESTIÓN MEDICAMENTOS CONTROLADOS Y CENTROS DE QUEJAS Y CONTROL****MODULO TÉCNICO NO. 5 A LA PREPARACIÓN DE GUIONES DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SUSTANCIAS CONTROLADAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA DEL MEDICAMENTO**

FORMA 1/3

VERSIÓN
ABRIL 2003

PÁG. 11

Mostrar descripción

Puntaje:

COLUMNA PARA DE FINICIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	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
SUSTANCIAS CONTROLADAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR SUSTANCIAS CONTROLADAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR ACRILICO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR CORREO ANTI-TOXICO															

Mostrar descripción



Nombre del trabajador: Alderson Rodríguez

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

Este sistema es propiedad de la Dirección General de Salud Pública y Seguridad de Alimentos y Nutrición del Ministerio de Salud Pública y Asesoría Social del Gobierno de Guatemala.



GERENCIA DE ORGANISMO CENTRAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE PERSONAL CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

OPINIÓN Y RECIBIDO A LA REALIZACIÓN DE LOS MEMBROS DE COMISIÓN: HONORAL PARA PROPONER LA EMBOSIÓN O NOMINACIÓN A SUERTE COMO HONORARIA EN LOS TRABAJOS DE LA LEY 24 DE JUNIO DE 1989

PRESIDENTE	
VERÓNICA	8
ANTONIO	OSCAR
Pág. 1 de 1	

Nombre del evaluador: MARCELO CARRO

Nombre del evaluado: _____

SECCIÓN DE ASPECTOS A EVALUAR	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
OPINIÓN DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
OPINIÓN DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
OPINIÓN DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
OPINIÓN DEL TRABAJADOR	04.03.21	05.03.21	06.03.21	07.03.21	10.03.21	11.03.21	12.03.21	13.03.21	14.03.21	15.03.21	16.03.21	17.03.21	18.03.21	19.03.21	
FIRMA DEL TRABAJADOR	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	
OPINIÓN DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
OPINIÓN DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
OPINIÓN DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
OPINIÓN DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
OPINIÓN DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
OPINIÓN DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
OPINIÓN DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



GESTIÓN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

REGISTRO DE GESTIÓN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y CONTROL DE EMERGENCIAS

FORMA DE REGISTRO A MEDICIÓN DE EFECTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EMERGENCIA DE ACCIDENTES Y SÍNTOMAS EN EL USO DE FARMACOS DE LA RED SALUD DEL MUNICIPIO

FORMA 110

VENECIA

1

AFRODISIACOS

ALCOHOL

Pág. 1/1

Nombre del trabajador: Liz. Jeneffer Hinojosa Andrade Puesto: Operadora

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	FECHA DE ENTREGA
INDICADOR SUPERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
INDICADOR INFERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
INDICADOR SUPERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
INDICADOR SUPERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
INDICADOR SUPERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
INDICADOR SUPERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
INDICADOR SUPERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
INDICADOR SUPERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
INDICADOR SUPERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
INDICADOR SUPERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
INDICADOR SUPERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
INDICADOR SUPERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
INDICADOR SUPERIOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones:



SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN

DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE ORGANISMO CENTRAL Y DE SERVICIOS EDUCATIVOS CENTRALES

ENTRADA PARA CÁLCULO DE SALARIO DE ELEMENTO DE PROFESIÓN DE INGENIERÍA PARA EFECTOS DE LA ESPERANZA DE VIDA PROMEDIO DE LOS TRABAJADORES DE LA U.P.E. DEL UGEL DE HUANUCO

REGISTRO Nº

VERSIÓN

Nº DE REGISTRO

VÁLIDA HASTA

Página 1 de 1

Nombre del trabajador

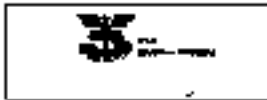
Ruiz Flores

Apellido

Clemente Jim

TIPO DE CONTRATO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE CANCELACIÓN
TAPAS DE QUINCE DÍAS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE QUINCE DÍAS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TAPAS DE QUINCE DÍAS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
FORMA DE PAGO	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21
FECHA DEL TRABAJADOR																
FORMA DE PAGO	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21
FECHA DEL TRABAJADOR																
FORMA DE PAGO	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21
FECHA DEL TRABAJADOR																
FORMA DE PAGO	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21
FECHA DEL TRABAJADOR																
FORMA DE PAGO	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21	15-3-21
FECHA DEL TRABAJADOR																

Observaciones



Cédulas de Registro de Infortunios

COMANDO EN JEFE CUERPO ARMADO DE FUERZAS ARMADAS - COFA

ENTREGA A RECEBER A ENTREGA DEL REPRESENTANTE DE LA FUERZA DE TRABAJO PARA REGISTRO EN LA FUERZA DE TRABAJO DE LA EMPRESA (CONFORME A LOS ESTADÍSTICOS DE LA ESE SALUBRIDAD)

PÁGINA 10

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

NOMBRE DE LA FUERZA DE TRABAJO: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

Nombre del trabajador: Sergio A. Urbano

Profesión: odontología

TIPO DE LESIÓN O ENFERMEDAD	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
LESIONES O ENFERMEDADES																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
LESIONES O ENFERMEDADES																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
LESIONES O ENFERMEDADES																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
LESIONES O ENFERMEDADES																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
LESIONES O ENFERMEDADES																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
LESIONES O ENFERMEDADES																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
LESIONES O ENFERMEDADES																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
LESIONES O ENFERMEDADES																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
LESIONES O ENFERMEDADES																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
LESIONES O ENFERMEDADES																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
LESIONES O ENFERMEDADES																
PRIMA DEL TRABAJADOR																
LESIONES O ENFERMEDADES																
PRIMA DEL TRABAJADOR																

Sergio A. Urbano



Nombre del trabajador: Alfonso

Alfonso

Administración

ESCALA POR LA QUE PROPORCIONA PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RETENEA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RETENEA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RETENEA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RETENEA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RETENEA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RETENEA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RETENEA
TARABOCAS SUPERVISOR														
FECHA DEL TRABAJADOR														
TARABOCAS SUPERVISOR														
FECHA DEL TRABAJADOR														
TARABOCAS SUPERVISOR														
FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	<u>NO</u>									<u>NO</u>				
FECHA DEL TRABAJADOR	<u>4/3/21</u>	<u>5/3/21</u>	<u>6/3/21</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>
FECHA DEL TRABAJADOR	<u>4/3/21</u>	<u>5/3/21</u>	<u>6/3/21</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>
FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	<u>4/3/21</u>	<u>5/3/21</u>	<u>6/3/21</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>
FECHA DEL TRABAJADOR	<u>4/3/21</u>	<u>5/3/21</u>	<u>6/3/21</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>
FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR														



OPCIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Página 4 de 4

DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL DESARROLLO EDUCATIVO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA REPÚBLICA DE CUBA INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y TECNOLÓGICA "JOSE MARTÍ" DE LA ESPECIALIDAD DE LA ENSEÑANZA DE LA LENGUA CASTELLANA Y LINGÜÍSTICA

FECHA DE EMISIÓN	1
FECHA DE RECEPCIÓN	1
PÁG. 4 DE 4	

Nombre del estudiante: Chueco Alvarado

PAIS: _____

EVENTOS DE PROTECCIÓN AMBIENTAL	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CALIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	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 CUMPLIMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE CUMPLIMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE CUMPLIMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE CUMPLIMIENTO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
QUEBRO ANTILINDOS	04-03-2021	05-03-2021	08-03-2021	09-03-2021	09-03-2021	11-03-2021	12-03-2021	15-03-2021	17-03-2021	17-03-2021	18-03-2021	18-03-2021	19-03-2021			
FIRMA DEL TRABAJADOR	Chueco Alvarado	Chueco Alvarado	Chueco Alvarado	Chueco Alvarado	Chueco Alvarado	Chueco Alvarado	Chueco Alvarado	Chueco Alvarado	Chueco Alvarado	Chueco Alvarado	Chueco Alvarado	Chueco Alvarado	Chueco Alvarado			
QUEBRO ANTILINDOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
QUEBRO ANTILINDOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
QUEBRO ANTILINDOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
QUEBRO ANTILINDOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
QUEBRO ANTILINDOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
QUEBRO ANTILINDOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones:



SECTOR DE RESTAURANTE COMEDOR

FORM 08-11a

ACTIVIDAD DE SERVIDICIO DE RESTAURANTE Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN DE RIESGOS

MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCIÓN SOCIAL

EMPRESA Y REGISTRO A SATISFACCIÓN DE SERVIDICIO DE LA CORPORACIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EMERGENCIA QUE OCURRA A CAUSA DE LOS TRABAJO EN LOS TRABAJADORES DE LA CUCINA DEL TENDERO

PÁG. 01

Nombre del trabajador _____

Apellido _____

ELEMENTO DE RIESGO O PELIGRO	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE CONTROL	FECHA DE CONTROL	FECHA DE CONTROL	FECHA DE CONTROL	FECHA DE CONTROL	FECHA DE CONTROL	FECHA DE CONTROL	FECHA DE CONTROL	FECHA DE CONTROL	FECHA DE CONTROL	FECHA DE CONTROL	FECHA DE CONTROL	FECHA DE CONTROL
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE GASIFICACIÓN															
PRIMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones _____



DIRECCION DE REGULACION Y CONTROL

SERVICIO DE GESTION DEL ORDENAMIENTO CONYUGAL E INTERVENCION DEL TRABAJADOR Y CONTRIBUYENTE

PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD DEL TRABAJADOR, DE LA LESION DE LA COLUMNA VERTEBRAL, DE LA LESION DE LA CABEZA Y CUELLO, DE LA LESION DE LOS MIEMBROS DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR Y DE LA LESION DE LA EXTREMIDAD INFERIOR.

FORMULARIO

Fecha de Emisión: _____
 Fecha de Actualización: _____

Página 1 de 1

Nombre del Empleado: _____

Forma: _____

EL EMPLERADOR DEBE COMPLETAR ESTOS DATOS PERSONALES	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	FECHA DE ENTREGA
EMPRESA O ESTABLECIMIENTO																
FORMA DE CONTRATO																
EMPRESA O ESTABLECIMIENTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA O ESTABLECIMIENTO																
FORMA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA O ESTABLECIMIENTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA O ESTABLECIMIENTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA O ESTABLECIMIENTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA O ESTABLECIMIENTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA O ESTABLECIMIENTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA O ESTABLECIMIENTO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA O ESTABLECIMIENTO																

Fecha de Emisión: _____

Este formulario es propiedad de la Empresa de Seguros de la Red de Previsión Social y no puede ser utilizado sin el consentimiento escrito de la Empresa de Seguros de la Red de Previsión Social.



FORMA DE REGISTRO CONTINUO

PROCESO DE SERVICIO AL CLIENTE CON LAS VENTAS DE EQUIPOS DE TELECOMUNICACIONES

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DEL CUMPLIMIENTO DE PROTECCION PERSONAL AREA PUNTO DE ATENCION DEL CLIENTE A TRAVEZ DE LA CALIDAD DE SERVICIO EN EL ENTORNO DE SERVICIO AL CLIENTE EN LA P.A.P. Y PUNTO DE ENTREGA

COPRO-114
Unidad 1
APROBACION Aprobado
Pag. 01

Numero del Proyecto: _____ Fecha: _____

CUANTOS DE PROYECCION 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
ESTADISTICA DE PROYECCION PERSONAL															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															
FECHA DEL TRAMITADOR															

Continuar en la página siguiente

Este documento es propiedad de la Empresa y debe ser utilizado únicamente para fines de servicio al cliente. No se permite la reproducción o el uso no autorizado de este documento.



COMPROBANTE DE ENTREGA DE BIENES
SISTEMA DE GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE SERVICIO Y OBTENCIÓN DE CALIFICACIÓN Y FORMACIÓN
 ENTREGA Y RECEPCIÓN DE BIENES DE LOS NIVELES DE PRODUCTOS PERSONALES PARA PROPICIAR LA EFECTUACIÓN DE CURSOS DE CALIFICACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA EMPRESA QUE SE INDICA EN EL ENCABECERADO.

Código: 410
 EMPRESA: _____
 EMPLEADO: _____
 Pág. 1/1

Nombre del Trabajador: _____ Puesto: _____

DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS PERSONALES	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
TRABAJADOR QUEMADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUEMADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUEMADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUEMADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUEMADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUEMADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUEMADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUEMADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUEMADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUEMADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TRABAJADOR QUEMADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones: _____

Este documento es propiedad de la Empresa y debe ser devuelto al Estado. No podrá ser reproducido por cualquier medio, sin previo consentimiento de la Empresa. Dirección General de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.