



REPORTE DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

Código de la Institución Educativa: _____
 Fecha de la Evaluación: _____
 Página: 111

Nombre del Evaluador: Amanda Cabro

CLASIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN	FECHA DE ENTREGA														
PRIMA DEL TRABAJADOR	01-03-21	02-03-21	03-03-21	04-03-21	05-03-21	06-03-21	07-03-21	08-03-21	09-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21	13-03-21	14-03-21	15-03-21
SEGUNDA DEL TRABAJADOR	Amanda														
TERCERA DEL TRABAJADOR	24-03-21	25-03-21	26-03-21	27-03-21	28-03-21	29-03-21	30-03-21								
CUARTA DEL TRABAJADOR	Amanda	Amanda	Amanda	Amanda	Amanda										
QUINTA DEL TRABAJADOR															
SEXTA DEL TRABAJADOR															
SEPTIMA DEL TRABAJADOR															
OCAVA DEL TRABAJADOR															
NOVENA DEL TRABAJADOR															
DÉCIMA DEL TRABAJADOR															
UNDÉCIMA DEL TRABAJADOR															
DUODÉCIMA DEL TRABAJADOR															
DECIMOTERCERA DEL TRABAJADOR															
DECIMOCUARTA DEL TRABAJADOR															
DECIMOQUINTA DEL TRABAJADOR															
DECIMOSEXTA DEL TRABAJADOR															
DECIMOSÉPTIMA DEL TRABAJADOR															
DECIMOACTA DEL TRABAJADOR															
DECIMOTERCERA DEL TRABAJADOR															
DECIMOCUARTA DEL TRABAJADOR															
DECIMOQUINTA DEL TRABAJADOR															
DECIMOSÉPTIMA DEL TRABAJADOR															
DECIMOACTA DEL TRABAJADOR															



GESTIÓN DE INFORMACIÓN CONTINUA

PLANA DE GESTIÓN DE MONITOREO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

MODELO 8 INCLUIDO A SU REALIZACIÓN DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN PERIÓDICA, PARA PREVENIR LA EFECTUACIÓN EQUIVOCADA, A SERVICIOS 2 JORNADA EN LOS TRABAJADORES DE LA LÍNEA CRÍTICA DE LA UNIDAD.

CONCEPTO

VERSIÓN

APROBACIÓN

Página 1 de 1

Fecha de: 2020

Orlena Palma

ELEMENTO DE CONTROL	FECHA DE ENTREGA														
FIRMA DEL JEFE DE UNIDAD	01-08-20	02-08-20	03-08-20	04-08-20	05-08-20	06-08-20	07-08-20	08-08-20	09-08-20	10-08-20	11-08-20	12-08-20	13-08-20	14-08-20	15-08-20
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABLA DE CONTROL	21-08-20	22-08-20	23-08-20	24-08-20	25-08-20	26-08-20	27-08-20	28-08-20	29-08-20	30-08-20	31-08-20				
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABLA DE CONTROL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABLA DE CONTROL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABLA DE CONTROL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABLA DE CONTROL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABLA DE CONTROL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABLA DE CONTROL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABLA DE CONTROL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABLA DE CONTROL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABLA DE CONTROL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



SECCION DE MANEJO DE DOCUMENTOS

SECCION DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS CONTINUO Y DE SISTEMAS DE EVALUACION Y CONTROL

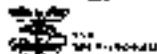
ENTRADA Y REGISTRO DE DOCUMENTOS DE LOS DEPARTAMENTOS DE INVESTIGACION POR PERSONAL PARA PRESENTAR LA Solicitud de Oportunidad a la Comisión de Evaluación de las Formas de Enseñanza de las Escuelas

FECHA DE ENTREGA	
APROBACION	
OTRO	
Pág. 01	

Nombre del (los) (s): Mariela Mann

Periodo: _____

SI FUERON DE DOMICILIO PERSONAL	FECHA DE ENTREGA															
TAREAS QUE DEBE	01/03/2012	02/03/2012	07/03/12	05/03/12	08/03/12	09/03/12	10/03/12	11/03/12	12/03/12	15/03/12	16/03/12	17/03/12	20/03/12	23/03/12	24/03/12	25/03/12
FORMA DE ENTREGA	PRE	PRE														
TAREAS QUE DEBE																
FORMA DE ENTREGA																
TAREAS QUE DEBE																
FORMA DE ENTREGA																
TAREAS QUE DEBE																
FORMA DE ENTREGA																
TAREAS QUE DEBE																
FORMA DE ENTREGA																
TAREAS QUE DEBE																
FORMA DE ENTREGA																
TAREAS QUE DEBE																
FORMA DE ENTREGA																
TAREAS QUE DEBE																
FORMA DE ENTREGA																
TAREAS QUE DEBE																
FORMA DE ENTREGA																
TAREAS QUE DEBE																
FORMA DE ENTREGA																



SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SISTEMA DE CREDITO FINANCIERO Y DE SEGUROS

Formulario 10

1 de 2

00000000

FINANZA

Página 10

Dimania Comargo

| FECHA DE ENTREGA DE BIENES |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 |
| <i>Handwritten entries</i> |
| <i>Handwritten entries</i> |



ORDEN DE SERVICIO CONTINUO
SISTEMA DE ORGANIZACION DE TRABAJO Y CONTROL DE CALIDAD Y CONTROL
ENTREGA Y REGISTRO A ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA PREVENIR LA CONTAMINACION DE SERVICIOS EN CONTACTO CON ZONAS DE TRABAJO DE LA C.A.E. CALER DEL
TRABAJA

CARGOS - NO	
REVISION	
APROBACION	MONTO
Pag. 11	

Nombre del trabajador: Glenn Chaparro

Fecha: _____

ELEMENTO 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
TARJETAS DE SERVICIO	21-03-2021														
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
TARJETAS DE SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Otro sistema: _____



Nombre de la persona: Andreea Rodriguez

Apellido: Nacional

ELEMENTO DEL PROCESO/ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE ENTREGA													
SEÑALIZACIÓN DE EMERGENCIAS	01-03-21	01-03-21	01-03-21	01-03-21	01-03-21	01-03-21	01-03-21	01-03-21	01-03-21	01-03-21	01-03-21	01-03-21	01-03-21	01-03-21	01-03-21
FIRMA DEL TRABAJADOR	Not	Not	Not	Not	Not	Not	Not	Not	Not	Not	Not	Not	Not	Not	Not
SEÑALIZACIÓN DE EMERGENCIAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEÑALIZACIÓN DE EMERGENCIAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEÑALIZACIÓN DE EMERGENCIAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEÑALIZACIÓN DE EMERGENCIAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEÑALIZACIÓN DE EMERGENCIAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEÑALIZACIÓN DE EMERGENCIAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEÑALIZACIÓN DE EMERGENCIAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEÑALIZACIÓN DE EMERGENCIAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEÑALIZACIÓN DE EMERGENCIAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
SEÑALIZACIÓN DE EMERGENCIAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTO CONTROLADO

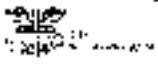
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN CONTROL Y GESTIÓN DE DISTRIBUCIÓN Y CONTROL

DISTRIBUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE FLEBOMONTOXISIS, A TRAVÉS DEL USO DE MASCARAS Y GUANTES EN LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL TURISMO.

FORMULARIO
PERSONAL
PROCESADO
CONTROLADO
Pag. 1/1

Nombre de la Unidad: Dpto. Valderama

FECHA DE DISTRIBUCIÓN	FECHA DE ENTREGA														
01-03	02-3	03-3	05-03	08-03	09-03	10-03	11-03	12-03	15-03	16-03	17-03	19-03	23-03	24-03	
FIRMA DEL TRABAJADOR	Comv														
TAPAS DE DISTRIBUCIÓN	25-3	26-3	29-3	3-3											
FIRMA DEL TRABAJADOR	Comv	Comv	Comv	Comv											
TAPAS DE DISTRIBUCIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE DISTRIBUCIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE DISTRIBUCIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE DISTRIBUCIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE DISTRIBUCIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE DISTRIBUCIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS DE DISTRIBUCIÓN															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



GESTIÓN DE PERSONAL CONTRATO

Formulario para el control de asistencia y rendimiento del personal contratado

EDUCOLIBRO	
SECCION	1
GRUPO	1
Pág. 11	

Nombre del trabajador Diego Peña

Apellido

FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	TOTAL DE HORAS	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	TOTAL DE HORAS
12/01/2011	07:00	16:00	13/01/2011	07:00	16:00	14/01/2011	07:00	16:00	15/01/2011	07:00	16:00	04	16/01/2011	07:00	16:00	09
[Handwritten notes and signatures across the grid]																
[Empty rows for additional data entry]																

Observaciones:



REGISTRO DE INCIDENTOS LABORALES

OFICINA DE GESTIÓN DEL TRABAJO CON FUERZA DE OBREROS Y CONTROL

DEFINICIÓN: PERSONA QUE PREVIENE LA EXPOSICIÓN DE TRABAJADORES A SUSTANCIAS O CONDICIONES QUE PUEDAN CAUSAR DAÑO A LA SALUD DEL TRABAJADOR

CÓDIGO DE	
TIPO DE	INCIDENTO
01	02

Nombre del trabajador: Andrea Arce

Fecha: _____

TIPO DE INCIDENTO	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE EMERGENCIA												
INCIDENTO DE TRABAJO	02-03-21	03-03-21	05-03-21	23-03-21												
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																
INCIDENTO DE TRABAJO																

Observaciones: _____

Este documento es propiedad de la Oficina de Gestión del Trabajo con Fuerza de Obreros y Control. Prohibida su reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de la Oficina de Gestión del Trabajo con Fuerza de Obreros y Control.



CONTROL DE DESARROLLO CONTINUO

Formulario 100

FORMA DE REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DE DESARROLLO CONTINUO

VERSION 1.0
Aprobado: 1/1/2000

Nombre:

Página 1/1

Nombre del Trabajador: Denisse John

Fecha:

PERIODO DE EVALUACION	FECHA DE EVALUACION	FECHA DE OBTENCION DE DATOS	FECHA DE ENTREVISTA											
TARJETAS QUIMICAS	1/03	02/09	03/09	04/09	05/09	11/09	12/09	01/10	24/03	02/05	26/03			
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]			
TARJETAS QUIMICAS														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
TARJETAS QUIMICAS														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
TARJETAS QUIMICAS														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
TARJETAS QUIMICAS														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
TARJETAS QUIMICAS														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
TARJETAS QUIMICAS														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
TARJETAS QUIMICAS														
FIRMA DEL TRABAJADOR														

COMENTARIOS:

Este documento es propiedad de la empresa y debe ser devuelto a la oficina de recursos humanos en caso de ser necesario. No se permite su reproducción o modificación sin el consentimiento de la empresa.



SECCIÓN DE FLEORAMBIENTE CONTINUA
UNIDAD DE GESTIÓN DE ADQUISICIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS DE ENTORNO AMBIENTAL
COMUNIDAD EDUCATIVA SUBSECCIÓN DE SUMINISTROS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA FORTALECER LA EXPOSICIÓN DE LOS TRABAJADORES A SANEAMIENTO E HIGIENE EN TRABAJOS DE LAS U.E. Y SALUD DEL TRABAJO

FORMA 10
 REVISIÓN 1
 APROBACIÓN: _____
 FECHA: _____
 Pág. 17

Nombre del Material: **Ediana Aides Romero**

CUANTIDAD DE UNIDADES DE MEDIDA	FECHA DE ENTREGA														
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN	01-05-2017	02-05-2017	03-05-2017	04-05-2017	05-05-2017	06-05-2017	07-05-2017	08-05-2017	09-05-2017	10-05-2017	11-05-2017	12-05-2017	13-05-2017	14-05-2017	15-05-2017
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN	25-05-2017	26-05-2017	27-05-2017	28-05-2017	29-05-2017	30-05-2017	31-05-2017	01-06-2017	02-06-2017	03-06-2017	04-06-2017	05-06-2017	06-06-2017	07-06-2017	08-06-2017
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SISTEMA DE GESTIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL Y GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD
OPORTUNIDAD Y ACCESO A SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PÚBLICA PARA PROMOVER LA COMPOSICIÓN DE LOS ALIMENTOS, A PARTIR DEL MONITOREO DE LOS NIVELES DE LA CÉLULA Y SALIDA DEL PRODUCTO

SECTOR II	
PROCESO	7
ACTIVIDAD	OPERACIÓN
PÁG. 17	

FECHA DE EMISIÓN: 14 de Agosto 2021

Nombre: _____

ELABORACIÓN DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS	FECHA DE ENTRADA														
MANEJO DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS	01/08/21	02/08/21	03/08/21	04/08/21	05/08/21	06/08/21	07/08/21	08/08/21	09/08/21	10/08/21	11/08/21	12/08/21	13/08/21	14/08/21	15/08/21
ÁREA DEL TRABAJADOR	[Signature]														
ÁREA DE MANEJO DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS	24/08/21	25/08/21	26/08/21	27/08/21	28/08/21	29/08/21	30/08/21								
ÁREA DEL TRABAJADOR	[Signature]														
ÁREA DE MANEJO DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS															
ÁREA DEL TRABAJADOR															
ÁREA DE MANEJO DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS															
ÁREA DEL TRABAJADOR															
ÁREA DE MANEJO DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS															
ÁREA DEL TRABAJADOR															
ÁREA DE MANEJO DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS															
ÁREA DEL TRABAJADOR															
ÁREA DE MANEJO DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS															
ÁREA DEL TRABAJADOR															
ÁREA DE MANEJO DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS															
ÁREA DEL TRABAJADOR															
ÁREA DE MANEJO DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS															
ÁREA DEL TRABAJADOR															



GESTIÓN DE LEASING DE EQUIPOS

El presente documento es una copia de un documento original que forma parte de un expediente de gestión.

FORMA 10

ESTADO DE CUENTAS
ANEXO 10
PÁG. 11

Nombre de la Empresa: Edison Rivera

Periodo:

	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	01-01-22	02-01-22
FORMA DEL TRANSACCION	Check													
TARIFAS DE TRANSACCION	24/3-21	24/3-21	24-3-21	24-3-21	24-3-21	24-3-21								
FORMA DEL TRANSACCION	Check	Check	Check	Check	Check	Check								
TARIFAS DE TRANSACCION														
FORMA DEL TRANSACCION														
TARIFAS DE TRANSACCION														
FORMA DEL TRANSACCION														
TARIFAS DE TRANSACCION														
FORMA DEL TRANSACCION														
TARIFAS DE TRANSACCION														
FORMA DEL TRANSACCION														
TARIFAS DE TRANSACCION														
FORMA DEL TRANSACCION														
TARIFAS DE TRANSACCION														
FORMA DEL TRANSACCION														
TARIFAS DE TRANSACCION														
FORMA DEL TRANSACCION														
TARIFAS DE TRANSACCION														
FORMA DEL TRANSACCION														
TARIFAS DE TRANSACCION														

Observaciones:

Nombre del Establecimiento: **Dono Estacion** Domicilio: _____

FORMA DE TRABAJO	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR NOMINAL	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR NOMINAL	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR NOMINAL	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR NOMINAL	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR NOMINAL	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR NOMINAL
Forma de Trabajo	1-03-81	2-3-81	30000	03-03-81	08-03-81	20000	09-03-81	10-03-81	11-03-81	12-03-81	13-03-81	14-03-81	15-03-81	16-03-81	17-03-81	18-03-81	19-03-81	20-03-81
Forma de Trabajo																		
Forma de Trabajo																		
Forma de Trabajo																		
Forma de Trabajo																		
Forma de Trabajo																		
Forma de Trabajo																		
Forma de Trabajo																		
Forma de Trabajo																		
Forma de Trabajo																		
Forma de Trabajo																		



SISTEMA DE REGISTRO DE ENTREGAS Y RECIBOS DE EQUIPAMIENTO CONTROL

SISTEMA DE GESTIÓN DEL DEPARTAMENTO CONTROL Y RESERVA DE EQUIPAMIENTO CONTROL

ENTREGA Y RECIBO DE EQUIPAMIENTO CONTROL DEL DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LA ACTIVIDAD OCUPACIONAL A CARAS CON LA POSIBILIDAD DE SER REEMPLAZADOS POR EQUIPAMIENTO DE LA MISMA MARCA Y MODELO.

CATEGORÍA - N°	
REGIÓN	1
PROVINCIA	CIENFUEGOS
PÁG. 1	

Nombre del trabajador: Edna Cuervo

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
EMPALME QUÍMICO	04-03-21	16-07-21													
FECHA DEL TRABAJADOR	FOCAC	FOCAC													
EMPALME QUÍMICO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPALME QUÍMICO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPALME QUÍMICO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPALME QUÍMICO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPALME QUÍMICO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPALME QUÍMICO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPALME QUÍMICO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPALME QUÍMICO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPALME QUÍMICO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPALME QUÍMICO															
FECHA DEL TRABAJADOR															



Ministerio de Salud

GERENCIA DE REGULACIÓN Y CONTROL

SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS EN LA UNIDAD DE REGISTRO DE CALIDAD Y CONTROL

ENTRADA Y SEGUIMIENTO A LA INFORMACIÓN DE EMBLEMAS DE PROMOCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EMERGENCIA DE UN CASO A SÍMILAR COMO CONSECUENCIA DE TRABAJADORES DE LA UNIDAD DE REGISTRO DE CALIDAD Y CONTROL

FORMA N° 10

PERSONA

APOYO

PROYECTO

Página 1 de 1

Nombre de la Unidad: Gloria Agudelo

Fecha:

FECHA DE EMISIÓN DEL DOCUMENTO	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN												
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	
FORMA DE EMISIÓN	Gloria	Gloria	Gloria												
TARJETAS DE EMISIÓN	20-03	24-03	25-03	26-03	29-03	30-03	31-03								
FORMA DE RECEPCIÓN	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria	Gloria								
TARJETAS DE RECEPCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESAS QUE TRABAJAN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESAS QUE TRABAJAN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESAS QUE TRABAJAN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESAS QUE TRABAJAN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESAS QUE TRABAJAN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESAS QUE TRABAJAN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESAS QUE TRABAJAN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESAS QUE TRABAJAN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
EMPRESAS QUE TRABAJAN															



RESUMEN DE LOS TRABAJOS CONTINUA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y SERVICIOS DE SALUD Y DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

FORMA N. 10

VERSIÓN
ACTUALIZACIÓN 08/2014
Pág. 10

El presente documento tiene carácter de herramienta de trabajo para el personal de salud que participa en los trabajos de la Red de Salud del Trabajo.

Nombre del trabajador: **Maria Fernanda Gallo**

Profesión: _____

ACTIVIDAD DE LA ACTIVIDAD	PLANTAS DE TRABAJO	TIPO DE TRABAJO	INDICADOR											
TARJETA DE TRABAJO	10/10/10	10/10/10	10/10/10											
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														
TARJETA DE TRABAJO														

Observaciones: _____

Este documento es propiedad de la Empresa de Medicina del Trabajo y debe ser devuelto en su momento, en caso de perderse o de ser usado con fines distintos a los previstos.



SECRETARÍA DE ECONOMÍA

ESTADOS FINANCIEROS CONSOLIDADOS

ESTADOS FINANCIEROS CONSOLIDADOS
VENIDA
APROBACIÓN
FECHA

Nombre del Emisor: Kathem Nieto M

Actividad: Gestión Financiera

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

OTROS DATOS



SECRETARÍA DE ECONOMÍA Y FINANZAS
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DE CONTROL DE CALIDAD
ENTREGA Y RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DE ELAS EN LOS CENTROS DE PRODUCCIÓN FÁBRICA, PARA PREPARAR LA CONEXIÓN O CALIDAD, A PARTIR DE LOS PARÁMETROS DE LA E.S.E. TALLER DE TRABAJO

FORMA N° 1
 00000000
 00000000
 Pág. 1/1

Nombre de la empresa: **Industria Guatiborá**

Fecha: _____

NÚMERO DE PRODUCCIÓN FÁBRICA	FORMA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA													
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															
ENTREGA GUATEMALA															
FECHA DEL TRÁFICO															

Observaciones:



CUADRO DE REGISTROS CONTINUIDAD

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

SISTEMA DE GESTION DEL CURRÍCULO - OBJETIVO Y GESTION DE EVALUACIÓN Y CONTROL

ENTREGA Y RECIBO A LA DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA CALIDAD DEL APRENDIZAJE LA EXPONIBILIDAD DE LA CALIDAD DE LOS TRABAJOS DE LOS TRABAJADORES DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

SECCIONES

SECRETARÍA	
DIRECCIÓN	

Página 111

NUMERO DE CANTONADO: **FON** **SING** **ARTIFICIO**

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



GESTIÓN DE INFORMACIÓN CONTINUA

EDICIÓN 1.00

GUATEMALA: SISTEMA NACIONAL DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE CONTROL

GENERAL Y ESPECIAL: SISTEMA NACIONAL DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE CONTROL DE PREVENCIÓN PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN DEL PUEBLO A SUSTANCIAS QUÍMICAS EN LOS AMBIENTES DE LA COMUNIDAD RURAL

SECCION	1
APELLADO	MONTECINO
PÁG. 111	

Nombre de la muestra: Asociación de Coccaro

Provincia: _____

ESTADIOS DE RECOLECCIÓN FAMILIAR	FECHA DE EMERGEN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA												
Forma del Desplazador TAPABOCAS OPAVENIDO	21-03-15 20-15														
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															
Forma del Trabajador TAPABOCAS OPAVENIDO															

Observaciones:



Nombre de usuario: Verson Arceles

Nombre de la Información: Gestión de la Información

SUCEDIDOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FALTA DEL ENTREGADO	FECHA DE ENTREGA										
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA
SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMIENTOS DE SALUD Y DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LOS TRABAJOS DE LA FERIA DEL ORO

SECCIÓN 118	
VERIFICACIÓN	1
APROBACIÓN	1
#18/11	

Nombre del trabajador: Javier Aguilar

Empresa: Comercio Online

CUENTA DE PROCEDIMIENTOS PERSONALES	FECHA DE ENTREGA														
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															

Este documento es propiedad del Estado de Tlaxcala y no debe ser utilizado para fines comerciales. Toda reproducción o uso no autorizado será sancionado de acuerdo con la Ley de Acceso a la Información Pública del Estado de Tlaxcala.



GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (GEMED)

SISTEMA DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS CON FINES DE GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL

CONTROL Y REGISTRO DE LAS MEDICACIONES EN EL CURSO DE LA PRODUCCIÓN FARMACÉUTICA PARA PROPICUAR LA RESPONSIABILIDAD Y EFICACIA EN EL USO DE LOS FARMACOS EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD PÚBLICA

FORMA-110	
VERSIÓN	1
APROBACIÓN	08/03/2011
PÁG. 1/1	

Nombre del trabajador: Gloria Acda

PL-000

TIPO DE CONTROL	FECHA DE INICIO	FECHA DE ENTREGA													
TRABAJADOR DE LA SALUD	02-03-11	02-03-11	09-03-11	12-03-11	15-03-11	16-03-11	17-03-11	20-03-11	30-03-11	31-03-11					
OTRO DE TRABAJO															
TRABAJADOR DE LA SALUD															
OTRO DE TRABAJO															
TRABAJADOR DE LA SALUD															
OTRO DE TRABAJO															
TRABAJADOR DE LA SALUD															
OTRO DE TRABAJO															
TRABAJADOR DE LA SALUD															
OTRO DE TRABAJO															
TRABAJADOR DE LA SALUD															
OTRO DE TRABAJO															
TRABAJADOR DE LA SALUD															
OTRO DE TRABAJO															
TRABAJADOR DE LA SALUD															
OTRO DE TRABAJO															
TRABAJADOR DE LA SALUD															
OTRO DE TRABAJO															
TRABAJADOR DE LA SALUD															
OTRO DE TRABAJO															



GERENCIACIÓN DEL RENDIMIENTO CONTINUO

SISTEMA DE MONITOREO Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS SERVICIOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

CONTROL E HABILIDAD A SOSTENER LOS ESTÁNDARES DE EFECTIVIDAD PERSONAL PARA PROMOVER LA EFECTIVIDAD OPERACIONAL A NIVEL COMUNITARIO EN LOS MANEJOS DE LA SALUD PÚBLICA

Escala de 1 a 5	
4 Excelente	5
3 Buena	4
2 Regular	3
1 Mala	2

Nombre del trabajador

Monica Patricia Uruo

Apellido

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD PERSONAL	FECHA DE INICIO														
TAREAS DESEMPLEADAS	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
FECHA DEL TRABAJADOR	Monica														
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DESEMPLEADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DESEMPLEADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DESEMPLEADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DESEMPLEADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DESEMPLEADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DESEMPLEADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DESEMPLEADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DESEMPLEADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DESEMPLEADAS															
FECHA DEL TRABAJADOR															

Nombre de la visita: Rosny Mamy Fechez

ELEMENTOS DE PROGRAMACIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA										
ENCUESTAS QUE SE HICIERON	01-21	03-21	05-21	08-21	09-21	10-21	11-21	12-21	15-21	16-21	17-21	18-21				
FORMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>															
ENCUESTAS QUE SE HICIERON																
FORMA DEL TRABAJADOR																
ENCUESTAS QUE SE HICIERON																
FORMA DEL TRABAJADOR																
ENCUESTAS QUE SE HICIERON																
FORMA DEL TRABAJADOR																
ENCUESTAS QUE SE HICIERON																
FORMA DEL TRABAJADOR																
ENCUESTAS QUE SE HICIERON																
FORMA DEL TRABAJADOR																
ENCUESTAS QUE SE HICIERON																
FORMA DEL TRABAJADOR																
ENCUESTAS QUE SE HICIERON																
FORMA DEL TRABAJADOR																
ENCUESTAS QUE SE HICIERON																
FORMA DEL TRABAJADOR																



Nombre del sujeto: Laura Martinez

NÚMERO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE EMERGENCIA														
TAPABOCAS QUÍMICO	01/05/21	01/05/21	01/05/21	01/05/21	01/05/21	01/05/21	01/05/21	01/05/21	01/05/21	01/05/21	01/05/21	01/05/21	01/05/21	01/05/21	01/05/21
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



GESTIÓN DE INVENTARIOS COMERCIALES

Formulario para el registro de inventarios comerciales en el establecimiento

FORMA N.º

FECHA: _____
 LUGAR: _____

Nombre del responsable: Juan González

Nombre del establecimiento: Almacén

FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN													
01-01-03	02-01-03	03-01-03	04-01-03	05-01-03	06-01-03	07-01-03	08-01-03	09-01-03	10-01-03	11-01-03	12-01-03	01-02-03	02-02-03	03-02-03
<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>
<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>
<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>	<i>Juan G.</i>

Nombre del Informante: Antonio Lopez Puesto: Amador

FECHA DE REGISTRO	CATEGORÍA											
1/3/21	24/3/21	25/3/21	26/3/21	29/3/21	30/3/21	31/3/21						
27/3/21												
27/3/21												
4/3/21												
5/3/21												
8/3/21												
11/3/21												
12/3/21												
13/3/21												
15/3/21												
16/3/21												
17/3/21												
18/3/21												
19/3/21												
20/3/21												



MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS
 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS
 CENTRO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS

FORMA Nº 1
 INSTITUCIÓN: _____
 FECHA: _____
 Pág. 1/1

Nombre del trabajador: **ANDRÉS ARACDE**

PUESTO: **JEFE**

PERÍODO DE EVALUACIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO																	
PRIMA DEL TRABAJADOR	13/21	13/21																	
SEGUNDA DEL TRABAJADOR	13/21	13/21																	
TERCERA DEL TRABAJADOR																			
CUARTA DEL TRABAJADOR																			
QUINTA DEL TRABAJADOR																			
SEXTA DEL TRABAJADOR																			
SÉPTIMA DEL TRABAJADOR																			
ACTA ANTES LARGA ANTES LARGA	13/21	13/21																	
ACTA ANTES LARGA ANTES LARGA	13/21	13/21																	
ACTA ANTES LARGA ANTES LARGA																			
ACTA ANTES LARGA ANTES LARGA																			
ACTA ANTES LARGA ANTES LARGA																			
ACTA ANTES LARGA ANTES LARGA																			
ACTA ANTES LARGA ANTES LARGA																			
ACTA ANTES LARGA ANTES LARGA																			
ACTA ANTES LARGA ANTES LARGA																			

Observaciones:

Este documento es propiedad de la Empresa y no debe ser utilizado para fines ajenos a los que se destinó. Toda reproducción o uso no autorizado será sancionado. Este documento es propiedad de la Empresa y no debe ser utilizado para fines ajenos a los que se destinó.



COMITÉ NACIONAL DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

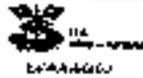
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Nombre del paciente: **ANGIE JOHANA SARMIENTO**

Fecha: **DEFE**

EVALUACIÓN	
VERSIÓN	1
FECHA DE EMISIÓN	2008/03/21
Página 1 de 1	

FECHA DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA													
FECHA DEL PROCEDIMIENTO															
FECHA DEL PROCEDIMIENTO															
FECHA DEL PROCEDIMIENTO															
FECHA DEL PROCEDIMIENTO	02-03-21	02-03-21	03-03-21	04-03-21											
FECHA DEL PROCEDIMIENTO	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J											
FECHA DEL PROCEDIMIENTO	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	17-03-21	18-03-21
FECHA DEL PROCEDIMIENTO	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J
FECHA DEL PROCEDIMIENTO	21-03-21	22-03-21	23-03-21	24-03-21	25-03-21	26-03-21	27-03-21	28-03-21	29-03-21	30-03-21	31-03-21				
FECHA DEL PROCEDIMIENTO	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J				
FECHA DEL PROCEDIMIENTO															
FECHA DEL PROCEDIMIENTO															
FECHA DEL PROCEDIMIENTO															
FECHA DEL PROCEDIMIENTO	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
FECHA DEL PROCEDIMIENTO	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J
FECHA DEL PROCEDIMIENTO	16-03-21	17-03-21	18-03-21	19-03-21	20-03-21	21-03-21	22-03-21	23-03-21	24-03-21	25-03-21	26-03-21	27-03-21	28-03-21	29-03-21	30-03-21
FECHA DEL PROCEDIMIENTO	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J	Angie J
FECHA DEL PROCEDIMIENTO															
FECHA DEL PROCEDIMIENTO															
FECHA DEL PROCEDIMIENTO															



Nombre del Trabajador: **DIANA CAMARGO AINO**

Apellido: **JOFE**

ELEMENTO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE TRABAJO												
TIPO DE EMPLEO	1-11-2011	1-11-2011	4-11-2011	5-11-2011	6-11-2011	7-11-2011	8-11-2011	9-11-2011	10-11-2011		11-11-2011	12-11-2011	13-11-2011	14-11-2011	15-11-2011
EMPRESA DEL TRABAJADOR	Diana		Diana	Diana	Diana	Diana	Diana								
EMPRESA DEL TRABAJADOR	11-11-2011	11-11-2011		11-11-2011	11-11-2011	11-11-2011	11-11-2011	11-11-2011	11-11-2011		11-11-2011	11-11-2011	11-11-2011	11-11-2011	11-11-2011
EMPRESA DEL TRABAJADOR	Diana	Diana		Diana	Diana	Diana	Diana								
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															



SECCIÓN DE REGISTRO DE CONTROL

SISTEMA DE REGISTRO DE CONTROL DE PERSONAL PARA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y SALUD OCUPACIONAL

CONTROL DE LA ASISTENCIA Y DEL ESTADO DE SALUD DEL PERSONAL PARA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y SALUD OCUPACIONAL

EQUIPO: 10	
PERSONA:	
APROBADO POR:	APROBADO POR:
PÁG. 01	

Nombre del trabajador: WILSON MARTINEZ

Fecha: 07/07

IDENTIFICACION DE PERSONAL	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EXAMEN													
TABLA DE CONTROL																
FECHA DEL TRABAJADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CONTROL																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CONTROL																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CONTROL																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CONTROL																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CONTROL																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CONTROL																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CONTROL																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CONTROL																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CONTROL																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TABLA DE CONTROL																
FECHA DEL TRABAJADOR																



DANA PATRICIA AGERO

Docente **DEFE**

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	FECHA DE ENTREGA															
FAPABROS QUINCE	01/02/21	02/02/21	03/02/21	04/02/21	05/02/21	06/02/21	07/02/21	08/02/21	09/02/21	10/02/21	11/02/21	12/02/21	13/02/21	14/02/21	15/02/21	16/02/21
FIRMA DEL TRABAJADOR	DANA															
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
FIRMA DEL TRABAJADOR																



Nombre del paciente: NOBIA ROBAYO Ocupación: Chefe

EXAMENES DE FIJACIÓN DE RESULTADOS	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTRADA													
SERVICIO LABORATORIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA LABORATORIO															
PROVA DEL TRABAJADOR															
SERVICIO LABORATORIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
PROVA DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															
OPINION DEL TRABAJADOR															



CENTRO DE ASISTENCIA COMUNITARIA

SISTEMA DE ASISTENCIA COMUNITARIA CONTROL Y REGISTRO DE EVALUACIÓN CONTROL

CUMPLIMIENTO Y REGISTRO DE ENTREGA DE PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD DE LA MUJER Y EL NIÑO EN LAS ZONAS RURALES DEL PAÍS

FORMA 1-16	
VERSION	I
APROBACION	MINISTERIO
Pág. 1/1	

Nombre de la paciente: LIZETH KATHERINE UVAS Sexo: JEFE

ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE PERMISO	FECHA DE ENTREGA												
TAPAJEZO QUÍMICO															
FORMA DEL TAMBALADOR															
TAPAJEZO QUÍMICO															
FORMA DEL TAMBALADOR															
TEMPERATURA CORPORAL															
FORMA DEL TAMBALADOR															
EXAMENES CLÍNICOS															
FORMA DEL TAMBALADOR															
CURSO ANTIBIÓTICO	11/3/21	21/3/21	31/3/21	8/2/21	9/2/21	10/3/21	11/3/21	21/3/21	18/3/21	21/3/21	18-03/21	19/03/21	23/3	24/3	25/3/21
FORMA DEL TAMBALADOR	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21
CURSO ANTIBIÓTICO															
FORMA DEL TAMBALADOR															
CURSO ANTIBIÓTICO															
FORMA DEL TAMBALADOR															
CURSO ANTIBIÓTICO															
FORMA DEL TAMBALADOR															
DATA MANEJO LABORATORIO	11/3/21	21/3/21	31/3/21	8/2/21	9/2/21	10/3/21	11/3/21	21/3/21	18/3/21	21/3/21	18-03/21	19/03/21	23/3	24/3	25/3
FORMA DEL TAMBALADOR	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21	11/3/21
DATA MANEJO LABORATORIO															
FORMA DEL TAMBALADOR															
DATA MANEJO LABORATORIO															
FORMA DEL TAMBALADOR															
DATA MANEJO LABORATORIO															
FORMA DEL TAMBALADOR															

Este documento es propiedad de la Empresa y debe ser devuelto al momento de finalizar el servicio. No se permite su reproducción sin el consentimiento escrito de la Empresa. Solo es válido para el uso que se indica.



REGION DE PUNJAB

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA

INSTRUMENTO DE GESTIÓN FINANCIERA DEL FONDO DE INICIACIÓN DE PROYECTOS EDUCATIVOS (FONDO FIDE)

PERIODO: 2021

APROBADO

BUDGETARIO

Pág. 01

UNIVERSIDAD AZUQUE

DEFE

UNIVERSIDAD	CODIGO DE PROYECTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ESTADO DE EJECUCION	VALOR ESTIMADO	VALOR REALIZADO	VALOR POR PAGAR	VALOR COMPROMETIDO	VALOR PAGADO	VALOR POR PAGAR A LA FECHA				
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														
UNIVERSIDAD AZUQUE														



DEPTO. DE MEJORAMIENTO CONTINUO
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y MEDICION DE EVALUACION Y CONTROL

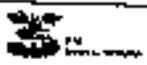
CONCEN-10	
REVISION	01
ACCION/OPCION	01/01/2000
Pag. 01	

Nombre de Proyecto: **JULIÁN SAMA**

Problema: **Defecto**

FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															
FORMA DEL PROBLEMA															
CAUSAS DE OCURRENcia															

Handwritten notes in the table cells:
 - Row 10: **CONCA** (written across multiple columns)
 - Row 11: **CONCA** (written across multiple columns)
 - Row 12: **CONCA** (written across multiple columns)
 - Row 13: **CONCA** (written across multiple columns)
 - Row 14: **CONCA** (written across multiple columns)
 - Row 15: **CONCA** (written across multiple columns)
 - Row 16: **CONCA** (written across multiple columns)
 - Row 17: **CONCA** (written across multiple columns)
 - Row 18: **CONCA** (written across multiple columns)



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA
 DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD FAMILIAR
 SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD FAMILIAR
 DEPARTAMENTO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
 UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD FAMILIAR
 SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD FAMILIAR

FORMA N.º 1
 NOMBRE DE LA PERSONA: **ARNOLD OJAYES**
 SEXO: **M**
 EDAD: **18**
 FECHA DE EMISIÓN: **03/03/21**

PROBLEMA: **ENFERMEDAD**

| FECHA DE ENTREGA |
|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 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 |
| 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 |

Este documento es propiedad del Hospital y no debe ser utilizado para fines comerciales. Si se utiliza para fines comerciales, se deberá pagar la cuota correspondiente al Hospital. Este documento es propiedad del Hospital y no debe ser utilizado para fines comerciales. Si se utiliza para fines comerciales, se deberá pagar la cuota correspondiente al Hospital.



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

ENTREGA Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DE SUBSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD PÚBLICA PARA PARTICIPAR EN EL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MATanzas

Documento No.

1
1

Pág. 1/1

Nombre del municipio: Santa Colmenares

Profesión: Enfermería

EL EMPLERADO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE INSCRIPCIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA										
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														
FIRMA DEL TRABAJADOR														
APROBACIÓN EMPLEADOR														

Observaciones:



GOBIERNO DE URUGUAY BENTO GONZALEZ

SISTEMA DE CONTROL Y MONITORAMIENTO DEL TIEMPO Y DEL CLIMA EN EL SECTOR INDUSTRIAL

IMPRESA Y FABRICA DE MÓDULOS DE ALUMINUM PARA PROYECTOR DE PROYECCION PERIÓDICA PARA PROYECTORES DE ALUMINUM A BASES CON DOPOL 1 y 2 de las Industrias de la Zona Industrial de Montevideo.

ORGANISMO
NACIONAL
DE PROYECCION
MONTAVIA
Pag. 171

Nombre del producto: Dolly Project Marca: Entomomo

ELABORADO DE IMPORTE Y COMERCIO EXTERIOR	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE EMISIÓN	CIUDADE DE EMISIÓN	FECHA DE EMISIÓN											
TIPO DE PRODUCTO		18-03-2020													
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR	17-03-2020	18-03-2020	19-03-2020	20-03-2020	21-03-2020	22-03-2020	23-03-2020	24-03-2020	25-03-2020	26-03-2020	27-03-2020	28-03-2020	29-03-2020	30-03-2020	31-03-2020
EMPRESA DEL TRABAJADOR	Dyck	Dyck	Dyck	Dyck	Dyck	Dyck	Dyck	Dyck	Dyck	Dyck	Dyck	Dyck	Dyck	Dyck	Dyck
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
EMPRESA DEL TRABAJADOR															

Débil de la...



SECRETARÍA DE AGRICULTURA Y GANADERÍA

SISTEMA NACIONAL DE REGISTRO, CONTROL Y GESTIÓN DE DIVULGACIÓN DE SEMILLAS

DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE SEMILLAS PARA EL REGISTRO NACIONAL DE SEMILLAS PARA LA SIEMBRA Y DISTRIBUCIÓN DE SEMILLAS PARA SIEMBRAR EN LA SIEMBRA DE CULTIVO DE...

LOCALIDAD	
Municipio	
Provincia	
Página 1/1	

Nombre del productor: Sergio Cambita

Forma: La familia

TIPO DE REGISTRO DE PROTECCIÓN PERMANENTE	FECHA DE ENTREGA	FORMA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA												
TIPO DE REGISTRO PERMANENTE	12/03/2021	Sergio Cambita	12/03/2021	12-3-2021	12-3-2021	24/3/2021	2-7-2021								
FIRMA DEL TRABAJADOR	Sergio Cambita														
TIPO DE REGISTRO PERMANENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE REGISTRO PERMANENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE REGISTRO PERMANENTE	13/07/2021	Sergio Cambita	13/07/2021	13-7-2021	13-7-2021	23/7/2021									
FIRMA DEL TRABAJADOR	Sergio Cambita														
TIPO DE REGISTRO PERMANENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE REGISTRO PERMANENTE	12/03/2021	Sergio Cambita													
FIRMA DEL TRABAJADOR	Sergio Cambita	Sergio Cambita													
TIPO DE REGISTRO PERMANENTE	12/03/2021	Sergio Cambita	12/03/2021	12-3-2021	12-3-2021	24/3/2021	2-7-2021	24/3/2021	2-7-2021	24/3/2021	2-7-2021	24/3/2021	2-7-2021	24/3/2021	2-7-2021
FIRMA DEL TRABAJADOR	Sergio Cambita														
TIPO DE REGISTRO PERMANENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE REGISTRO PERMANENTE															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



Nombre del estudiante: **LICETH BARRIOS**

Nombre del curso: **AUX DE ENFERMERIA**

SEMESTRE	PRIMER PERIODO	SEGUNDO PERIODO	TERCER PERIODO	CUARTO PERIODO	PRIMER PERIODO	SEGUNDO PERIODO	TERCER PERIODO	CUARTO PERIODO	PRIMER PERIODO	SEGUNDO PERIODO	TERCER PERIODO	CUARTO PERIODO	PRIMER PERIODO	SEGUNDO PERIODO	TERCER PERIODO	CUARTO PERIODO
PRIMERA DEL TERCER AÑO																
SEGUNDA DEL TERCER AÑO																
TERCERA DEL TERCER AÑO																
PRIMERA DEL CUARTO AÑO																
SEGUNDA DEL CUARTO AÑO																
TERCERA DEL CUARTO AÑO																
PRIMERA DEL QUINTO AÑO																
SEGUNDA DEL QUINTO AÑO																
TERCERA DEL QUINTO AÑO																
PRIMERA DEL SEXTO AÑO																
SEGUNDA DEL SEXTO AÑO																
TERCERA DEL SEXTO AÑO																
PRIMERA DEL SEPTIMO AÑO																
SEGUNDA DEL SEPTIMO AÑO																
TERCERA DEL SEPTIMO AÑO																
PRIMERA DEL OCTAVO AÑO																
SEGUNDA DEL OCTAVO AÑO																
TERCERA DEL OCTAVO AÑO																
PRIMERA DEL NOVENO AÑO																
SEGUNDA DEL NOVENO AÑO																
TERCERA DEL NOVENO AÑO																
PRIMERA DEL DECIMO AÑO																
SEGUNDA DEL DECIMO AÑO																
TERCERA DEL DECIMO AÑO																
PRIMERA DEL ONCEavo AÑO																
SEGUNDA DEL ONCEavo AÑO																
TERCERA DEL ONCEavo AÑO																
PRIMERA DEL DOCEavo AÑO																
SEGUNDA DEL DOCEavo AÑO																
TERCERA DEL DOCEavo AÑO																

(Handwritten data in the table above)

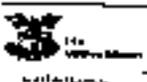


Nombre del agente:

MARITZA LEONTE

AUX DE ENFERMERIA

INDICADOR DE CALIDAD	SESION	APROBACION	OTRO	INDICADOR DE CALIDAD	SESION	APROBACION	OTRO	INDICADOR DE CALIDAD	SESION	APROBACION	OTRO	INDICADOR DE CALIDAD	SESION	APROBACION	OTRO
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA DEL TRABAJADOR															



Nombre del paciente: JUDY CAJAL

Centro: ALTA DE ENFERMERIA

FECHA DEL EXAMEN	TIPO DE EXAMEN	RESULTADO	FECHA DEL EXAMEN	TIPO DE EXAMEN	RESULTADO	FECHA DEL EXAMEN	TIPO DE EXAMEN	RESULTADO	FECHA DEL EXAMEN	TIPO DE EXAMEN	RESULTADO	FECHA DEL EXAMEN	TIPO DE EXAMEN	RESULTADO	FECHA DEL EXAMEN	TIPO DE EXAMEN	RESULTADO	FECHA DEL EXAMEN	TIPO DE EXAMEN	RESULTADO																																							
01-03-21	HEMATOCRITO	40%	02-03-21	HEMATOCRITO	40%	03-03-21	HEMATOCRITO	40%	04-03-21	HEMATOCRITO	40%	05-03-21	HEMATOCRITO	40%	06-03-21	HEMATOCRITO	40%	07-03-21	HEMATOCRITO	40%	08-03-21	HEMATOCRITO	40%	09-03-21	HEMATOCRITO	40%	10-03-21	HEMATOCRITO	40%	11-03-21	HEMATOCRITO	40%	12-03-21	HEMATOCRITO	40%	13-03-21	HEMATOCRITO	40%	14-03-21	HEMATOCRITO	40%	15-03-21	HEMATOCRITO	40%	16-03-21	HEMATOCRITO	40%	17-03-21	HEMATOCRITO	40%	18-03-21	HEMATOCRITO	40%	19-03-21	HEMATOCRITO	40%	20-03-21	HEMATOCRITO	40%
01-03-21	HEMATOCRITO	40%	02-03-21	HEMATOCRITO	40%	03-03-21	HEMATOCRITO	40%	04-03-21	HEMATOCRITO	40%	05-03-21	HEMATOCRITO	40%	06-03-21	HEMATOCRITO	40%	07-03-21	HEMATOCRITO	40%	08-03-21	HEMATOCRITO	40%	09-03-21	HEMATOCRITO	40%	10-03-21	HEMATOCRITO	40%	11-03-21	HEMATOCRITO	40%	12-03-21	HEMATOCRITO	40%	13-03-21	HEMATOCRITO	40%	14-03-21	HEMATOCRITO	40%	15-03-21	HEMATOCRITO	40%	16-03-21	HEMATOCRITO	40%	17-03-21	HEMATOCRITO	40%	18-03-21	HEMATOCRITO	40%	19-03-21	HEMATOCRITO	40%	20-03-21	HEMATOCRITO	40%



Nombre del trabajador: **MONICA FERNANDEZ**

Profesión: **ALUX DE FARMACIA**

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
FORMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJADOR	01-03-21	02-03-21	03-03-21	04-03-21	05-03-21	06-03-21	07-03-21	08-03-21	09-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21	13-03-21	14-03-21	15-03-21
TIPO DE TRABAJO	Prac	Prac	Prac												
FORMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TIPO DE TRABAJO															

Observaciones:



Nombre del empleado:

ANGIE ACERO

Número:

AUX DE ENFERMERIA

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



Nombre en el que se

LEON JANCHEZ

Trabaja

AUX DE ENFERMERIA

ESTADO DE LA UNIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN														
PRIMA DEL TRABAJADOR																
SEGUNDA DEL TRABAJADOR																
TERCERA DEL TRABAJADOR																
CUARTA DEL TRABAJADOR																
QUINTA DEL TRABAJADOR																
SEXTA DEL TRABAJADOR																
SEPTIMA DEL TRABAJADOR																
OCARTA DEL TRABAJADOR																
NOVENA DEL TRABAJADOR																
DIEZIMA DEL TRABAJADOR																
ONCE DEL TRABAJADOR																
DOCE DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA UNO DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA DOS DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA TRES DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA CUATRO DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA CINCO DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA SEIS DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA SIETE DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA OCHO DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA NUEVE DEL TRABAJADOR																
TRIGESIMA DIEZ DEL TRABAJADOR																

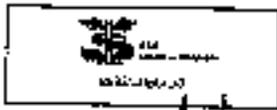
Observaciones



Nombre del Proyecto: EPIDY PARTE ANX OF EMBASENA

FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR	1-3-21	13-3-21	18-3-21	1-3-21	10-3-21	15-3-21	17-3-21	2-3-21	27-3-21						
FECHA DEL TRABAJADOR	Paco	Paco	Paco	Paco	Paco	Paco	Paco	Paco	Paco						
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR	1-3-21	2-3-21	8-3-21	9-3-21	10-3-21	15-3-21	19-3-21	2-3-21	27-3-21						
FECHA DEL TRABAJADOR	Paco	Paco	Paco	Paco	Paco	Paco	Paco	Paco	Paco						
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															

LA HYPERSTU



Nombre del Empleado: JULIETH SANCHEZ

Nombre: AUX DE FARMERIA

ESTADO DE INGRESO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE EFECTIVO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE EFECTIVO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE EFECTIVO						
FARMACIA EL MARCHA															
ESTADOS UNIDOS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
ESTADOS UNIDOS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
ESTADOS UNIDOS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
ESTADOS UNIDOS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
ESTADOS UNIDOS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
ESTADOS UNIDOS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
ESTADOS UNIDOS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
ESTADOS UNIDOS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
ESTADOS UNIDOS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
ESTADOS UNIDOS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
ESTADOS UNIDOS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
ESTADOS UNIDOS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
ESTADOS UNIDOS															

Nombre del Hospital: Horia Concepcion Arella Nombre: Enfermería

INDICADOR	FECHA DE ENTREGA														
INDICADOR GENERAL	27-03-2021	28-03-2021	29-03-2021	30-03-2021	31-03-2021										
FECHA DEL TRABAJADOR	Arilla	Arilla	Arilla	Arilla	Arilla										
INDICADOR GENERAL															
FECHA DEL TRABAJADOR															
INDICADOR GENERAL															
FECHA DEL TRABAJADOR															
INDICADOR GENERAL	27-03-2021	28-03-2021	29-03-2021	30-03-2021	31-03-2021										
FECHA DEL TRABAJADOR	Arilla	Arilla	Arilla	Arilla	Arilla										
INDICADOR GENERAL															
FECHA DEL TRABAJADOR															
INDICADOR GENERAL	27-03-2021	28-03-2021	29-03-2021	30-03-2021	31-03-2021										
FECHA DEL TRABAJADOR	Arilla	Arilla	Arilla	Arilla	Arilla										
INDICADOR GENERAL															
FECHA DEL TRABAJADOR															



Ministerio de Salud

SECRETARÍA DE ACREDITACIÓN CONTINUA

SISTEMA DE REGISTRO DE TRABAJO OCUPADO Y DESOCUPADO, UNIDAD EDUCATIVA

Este sistema de registro de trabajo ocupado y desocupado tiene como finalidad registrar el empleo de los estudiantes de las carreras de Grado en Vigencia de la Ley 66 del 2008, para el

FORMOS-113

INSTITUCIÓN	
FECHA DE EMISIÓN	
PÁG. 01	

Nombre del Estudiante: ANDREA PARRA

Nombre: AUX DE ENFERMERIA

FECHA DE INICIO DE TRABAJO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE INICIO DE TRABAJO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE INICIO DE TRABAJO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE INICIO DE TRABAJO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE INICIO DE TRABAJO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE INICIO DE TRABAJO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE INICIO DE TRABAJO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE INICIO DE TRABAJO	FECHA DE TERMINACIÓN
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														
FECHA DEL TRABAJADOR	FECHA DEL TRABAJADOR														

Observaciones:



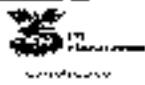
Nombre del trabajador

PIRELA AGOSTINA KATIE

Profesión

AUX DE ENFERMERIA

PERIODO DE OBSERVACION	FECHA DE OBSERVACION																



SECRETARÍA NACIONAL DE SALUD
SISTEMA NACIONAL DE MONITOREO, CONTROL Y OPCIÓN DE EVALUACIÓN CONTROL

EQUIPO 110	
VARIABLE	1
APLICACIÓN	1806/180
PÁG. 10	

Nombre de empresa: HERDY CHARRA

... AVX DE FARMACIA

FECHA DEL ENTREGA	FORMA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA														
FECHA DEL TRABAJADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR	HERDY	2-03-21	3-03-21	4-03-21	5-03-21	6-03-21	7-03-21	8-03-21	9-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21	13-03-21	14-03-21	15-03-21	16-03-21
FECHA DEL TRABAJADOR	HERDY	HERDY														
FECHA DEL TRABAJADOR	28-3-21	29-3-21	30-3-21	31-3-21												
FECHA DEL TRABAJADOR	HERDY	HERDY	HERDY	HERDY												
FECHA DEL TRABAJADOR	HERDY	HERDY														
FECHA DEL TRABAJADOR	28-3-21	29-3-21	30-3-21	31-3-21												
FECHA DEL TRABAJADOR	HERDY	HERDY	HERDY	HERDY												
FECHA DEL TRABAJADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																

Este documento es propiedad de la Empresa de donde procede. Toda copia no autorizada será considerada ilegal. No podrá ser utilizado sin el consentimiento expreso de la Empresa. Se reserva el derecho de la Empresa de modificar el presente formato sin previo aviso.



SECRETARÍA GENERAL DE SALUD

SERVICIO DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL - SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CONTROL

Form. 03-198

VERSIÓN	1
APROBACIÓN	28/03/2002
Pág. 01	

Nombre de la paciente: CLAUDIA RUIZ

Nombre: AUX DE ENFERMERIA

FECHA DE INGRESO	FECHA DE egreso														
FORMA DEL TRABAJO	01-03-12	01-03-12					01-03-12								
FORMA DEL TRABAJO	01-03-12	01-03-12					01-03-12								
FORMA DEL TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJO	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
FORMA DEL TRABAJO	CLAUDIA														
FORMA DEL TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJO	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
FORMA DEL TRABAJO	CLAUDIA														
FORMA DEL TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJO															
FORMA DEL TRABAJO															

Observaciones:

Este documento es propiedad de la Corporación de Salud y debe ser devuelto al personal de salud que lo emitió. No se permite su reproducción o uso no autorizado. Toda infracción será sancionada de acuerdo a la Ley.

GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO CONTADO

SISTEMA DE CUENTAS DE DEBE Y HABER DEL EQUIPAMIENTO CONTADO

Lugar: 118

Folio: 1

Fecha: 20/08/21

Pág. 14

Nombre del trabajador: ALBA ACELVA Puesto: AUX DE FARMACIA

FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE DEBE	FECHA DE HABER	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE DEBE	FECHA DE HABER	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE DEBE	FECHA DE HABER
FORMA DEL TRABAJADOR														
FECHA DE EMISIÓN														
FECHA DE INICIO														
FECHA DE TÉRMINO														
FECHA DE DEBE														
FECHA DE HABER														
FORMA DEL TRABAJADOR	04-08-21	05-08-21	08-08-21	04-08-21	10-08-21	11/08/21	12/08/21					14-08-21		
FECHA DE EMISIÓN	04-08-21	05-08-21	08-08-21	04-08-21	10-08-21	11/08/21	12/08/21					14-08-21		
FECHA DE INICIO														
FECHA DE TÉRMINO														
FECHA DE DEBE														
FECHA DE HABER														
FORMA DEL TRABAJADOR														
FECHA DE EMISIÓN														
FECHA DE INICIO														
FECHA DE TÉRMINO														
FECHA DE DEBE														
FECHA DE HABER														
FORMA DEL TRABAJADOR	04-08-21	05-08-21	08-08-21	04-08-21	10-08-21	11/08/21	12/08/21					14-08-21		
FECHA DE EMISIÓN	04-08-21	05-08-21	08-08-21	04-08-21	10-08-21	11/08/21	12/08/21					14-08-21		
FECHA DE INICIO														
FECHA DE TÉRMINO														
FECHA DE DEBE														
FECHA DE HABER														
FORMA DEL TRABAJADOR														
FECHA DE EMISIÓN														
FECHA DE INICIO														
FECHA DE TÉRMINO														
FECHA DE DEBE														
FECHA DE HABER														

Elaborado por: _____

Este documento es propiedad de la Empresa del Seguro de Vida del Estado de Veracruz, y no debe ser utilizado sin el consentimiento expreso de la Gerencia General de la Empresa.



SECCIÓN DE MEDICINA COMUNITARIA

SISTEMA DE GESTIÓN MEDICINA COMUNITARIA - SISTEMA DE EVALUACIÓN CONTROL

CUBA-2011	
VERSIÓN	1
PROCESO-001	000000
Pag. 11	

Nombre de la familia: CAROL HIGUERA

Atx De Enfermería

ESPECIE QUIMICA	FECHA DE RECIBO														
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
ESPECIE QUIMICA															
FECHA DEL TRABAJADOR															

Este documento es propiedad de la familia de medicina comunitaria y debe ser devuelto a la oficina de enfermería de la familia de medicina comunitaria en cualquier momento.



Ministerio de Salud y Bienestar Social

REPORTE PERIÓDICO DE CONTACTO

MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL - CENTRO NACIONAL DE REGISTRO Y GESTIÓN DE EMERGENCIAS SANITARIAS

Este formulario debe ser diligenciado por el personal de salud que realice el seguimiento de las personas con síntomas compatibles con el cuadro clínico de la enfermedad, a fin de determinar su evolución y brindarles el cuidado oportuno.

Código: 10

VERSIÓN:

1.0

FECHA DE PROMULGACIÓN: 08/02/2020

Página: 1

Nombre del paciente:

ANGIE SARMIENTO

Apellido:

AUX DE ENFERMERIA

Fecha de registro	HORA DE INICIO	HORA DE FIN	SÍNTOMA PRINCIPAL	RAZÓN DE INGRESO	EDAD DE LA PERSONA	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EVALUACIÓN	ESTADO CLÍNICO	TRATAMIENTO	FECHA DE SIGUIENTE EVALUACIÓN	FECHA DE CIEGRO	FECHA DE DESEMPENSO	FECHA DE FALLECIMIENTO
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															
FORMA DE CONTACTO															

Observaciones:

Este formulario es propiedad del Ministerio de Salud y Bienestar Social. No debe ser vendido ni distribuido. No puede ser usado de forma alguna sin el consentimiento del autor.



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

INSTITUTO GUATEMALTECO DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS Y DE TRANSMISIÓN DE LA SALUD

REGISTRO DE PACIENTES A PARTIR DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE LA ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA EN LOS SERVICIOS DE LA RED NACIONAL DE SALUD

EJEMPLO	
REGION	1
ASIGNACIÓN	0000000
Pag. 01	

Nombre del paciente

Andrea Wong

Enfermedad

ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA														
IMPREGNACIÓN QUÍMICA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TEMPERATURA AMBIENTAL																
FECHA DEL TRABAJADOR																
IMPREGNACIÓN QUÍMICA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TAPADO EN QUÍMICO																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS	01/03/2020	02/03/2020	03/03/2020	04/03/2020	05/03/2020	06/03/2020	07/03/2020	08/03/2020	09/03/2020	10/03/2020	11/03/2020	12/03/2020	13/03/2020	14/03/2020	15/03/2020	16/03/2020
FECHA DEL TRABAJADOR	01/03	02/03	03/03	04/03	05/03	06/03	07/03	08/03	09/03	10/03	11/03	12/03	13/03	14/03	15/03	16/03
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																
FECHA DEL TRABAJADOR																
OTROS ATENDIDOS																



Ministerio del Poder Popular para el Empleo y la Familia

COMITÉ DE GESTIÓN DEL TRABAJO CONTINUO Y GESTIÓN DE EMPLEADO Y CONTROL

El presente es el registro de los empleados de la Empresa que se encuentran en la categoría de ACTIVO y se debe tener en cuenta que los trabajadores de la ESE están del ACTIVO.

CÓDIGO 05	
FECHA	28/03/2011
PÁG. 01	

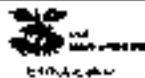
Nombre del trabajador: Alfonso Alfonso

ACTIVO DE EMERGENCIA

FECHA DE INGRESO A LA ACTIVIDAD ESPECIAL	FECHA DE INGRESO														
LABORAR QUÉBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
LABORAR QUÉBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
LABORAR QUÉBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
LABORAR QUÉBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
LABORAR QUÉBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
LABORAR QUÉBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
LABORAR QUÉBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
LABORAR QUÉBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
LABORAR QUÉBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
LABORAR QUÉBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
LABORAR QUÉBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
LABORAR QUÉBROCO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:

Este documento es propiedad de la Empresa de los Recursos Humanos y debe ser devuelto al personal al finalizar el periodo de validez de su uso. No se permite su reproducción ni su uso para fines ajenos a los que se indica en el presente documento.



Nombre del Trabajador: ESPINOZA LINDA

Profesión: Maestra en Ciencias

CLASIFICACIÓN DE PROFESIONALES PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE RENOVACIÓN													
TARBOCAS OMBÚDADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARBOCAS OMBÚDADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARBOCAS OMBÚDADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARBOCAS OMBÚDADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARBOCAS OMBÚDADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARBOCAS OMBÚDADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARBOCAS OMBÚDADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARBOCAS OMBÚDADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARBOCAS OMBÚDADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARBOCAS OMBÚDADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARBOCAS OMBÚDADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARBOCAS OMBÚDADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																



MINISTERIO DE SALUD

Centro de Salud

SISTEMA DE MONITOREO Y CONTROL

SISTEMA DE MONITOREO Y CONTROL DE CALIDAD DE ATENCIÓN Y CUIDADO

OPCION Y SECCION A SEGUIR CON LOS ELEMENTOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA PREVENIR LA OCURSIÓN DE LESIONES Y SITUACIONES PELIGROSAS EN EL TRABAJO DE LA LINEA MAGAZINEL

VERSIÓN	1
IMPRESIÓN	NO IMPRESO
PÁG. 119	

JENNY FUCON

FACTURACION

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
SEÑALIZACIÓN DEL RIESGO	21-03-21	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
SEÑAL DEL TRABAJADOR	Jenny														
SEÑAL DE PELIGRO	24-03	25-03-21	26-03-21	27-03-21	28-03-21	29-03-21	30-03-21	31-03-21							
SEÑAL DEL TRABAJADOR	Jenny														
SEÑAL DE PELIGRO															
SEÑAL DEL TRABAJADOR															
SEÑAL DE PELIGRO															
SEÑAL DEL TRABAJADOR															
SEÑAL DE PELIGRO															
SEÑAL DEL TRABAJADOR															
SEÑAL DE PELIGRO															
SEÑAL DEL TRABAJADOR															
SEÑAL DE PELIGRO															
SEÑAL DEL TRABAJADOR															
SEÑAL DE PELIGRO															
SEÑAL DEL TRABAJADOR															

Elaborado por el Equipo de Gestión de Calidad del Centro de Salud. Para más información, contactar al Centro de Salud del Área de Trabajo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS, PARA ELABORAR LA FICHA DE REGISTRO DE LOS TRABAJADORES DE LA C.E. SALUD DEL URB. DE LA

COMPROBANTE	
EMPLEADO	1
FECHA	13/03/21
Pág. 1 de 1	

Nombre de trabajador: KAREN MORALES

Titulo: FACTURACIÓN

SUBJETOS DE PROTECCIÓN SOCIAL	FECHA DE EMERGENCIA														
TARIFAS DE EMERGENCIA	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
FECHA DEL TRABAJADOR	Karen M														
FECHA DE EMERGENCIA	23/03/21	24/03/21	25/03/21	26/03/21	27/03/21	28/03/21	29/03/21	30/03/21	31/03/21						
FECHA DEL TRABAJADOR	Karen M														
FECHA DE EMERGENCIA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE EMERGENCIA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE EMERGENCIA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE EMERGENCIA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE EMERGENCIA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE EMERGENCIA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE EMERGENCIA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE EMERGENCIA															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE EMERGENCIA															



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA SISTEMA DE GESTIÓN MEDICAMENTO CONTROLADO Y GESTIÓN DE ENTREGAS CONTROLADAS

Código de Trámite	
Clase de Trámite	1
Aprobación	18-00000
Página 1 de 1	

Nombre del paciente: YSCA TABAZONA

Fecha: FACILITACION

ESPECIFICACIONES DE LA PRESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO	FECHA DE ENTREGA														
ENTREGA DEL MEDICAMENTO	03-03-21	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
PRESENTE DEL TRABAJADOR	YSCA														
ENTREGA DEL MEDICAMENTO	24-03-21	25-03-21	26-03-21	27-03-21	28-03-21	29-03-21	30-03-21	31-03-21							
PRESENTE DEL TRABAJADOR	YSCA														
ENTREGA DEL MEDICAMENTO															
PRESENTE DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DEL MEDICAMENTO															
PRESENTE DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DEL MEDICAMENTO															
PRESENTE DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DEL MEDICAMENTO															
PRESENTE DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DEL MEDICAMENTO															
PRESENTE DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DEL MEDICAMENTO															
PRESENTE DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DEL MEDICAMENTO															
PRESENTE DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DEL MEDICAMENTO															
PRESENTE DEL TRABAJADOR															

Observaciones:



SECTOR DE MEJORAMIENTO CONTINUO
VEHICULO DE SECTOR MEJORAMIENTO CONTINUO Y SECTOR DE EVALUACION CONTINUA
ENTRADA Y REGISTRO A SATISFACCION DE CLIENTES DE PROMOCION PARA LA PRIMA PROMOCION DE EFICIENCIA OPERACIONAL A PARTIR DEL 2002 Y 2003 EN LAS EMPRESAS DE LA S.A.G.S. (S.A.) S.R.L.

CANTIDAD: 10
 ESTADO: _____
 APROBACION: _____
 FECHA: _____

Nombre del cliente: LIDA Hilary Ruiz

Nombre del proveedor: Factor Asociados

SECTOR DE MEJORAMIENTO CONTINUO	FECHA DE ENTREGA															
TARIFAS DE SERVICIO	04/03	05-03	03/03	08-03	10-03	11-03	12-03	13-03	14-03	15-03	15-03	17-03	18-03	17-03	23-03	
FIRMA DEL TRABAJADOR	hidalgo															
TARIFAS DE SERVICIO	24-03	25-03	26-03	27-03	29-03	31-03										
FIRMA DEL TRABAJADOR	hidalgo	hidalgo	hidalgo	hidalgo	hidalgo	hidalgo										
TARIFAS DE SERVICIO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARIFAS DE SERVICIO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARIFAS DE SERVICIO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARIFAS DE SERVICIO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARIFAS DE SERVICIO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARIFAS DE SERVICIO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARIFAS DE SERVICIO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TARIFAS DE SERVICIO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																



Centro de Instrumentación Científica

SECRETARÍA DE ESTADO DE EDUCACIÓN SUPERIOR, CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

ENTRADA Y REGISTRO DE LA FICHA DE PROGRESO DE PERSONAL PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN DEL PERSONAL A SUSTANCIAS PELIGROSAS EN LOS TRABAJADORES DE LA I+D+i DEL TERCER SECTOR

FORMA N.º	
FORMA N.º	FORMA N.º
Pág. 01	

Nombre del trabajador: Dressel, Roberto

Proceso: Asignación de CES

CATEGORÍA DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTRADA														
TAPABOCAS QUÍMICO	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019	14-03-2019
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



MINISTERIO DE EDUCACIÓN

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL

SISTEMA DE INFORMACIÓN CONTINUA Y ACCIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

ENTREGA Y RECEPCIÓN DE ELEMENTOS DE PROYECCIÓN PERSONAL PARA EL VOUCHER DE LA CARRERA OCUPACIONAL A SER REALIZADA EN LOS TRABAJADORES DE LA ENSEÑANZA DEL

CC-MD-110

1998-1999

1998-1999

Página 111

Nombre del alumno

HEIBA FERRER

Proceso

FACTURACION

ELEMENTO DE PROYECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
TARJETAS DE PROYECCIÓN PERSONAL	1-03-21	2-03-21	3-03-21	4-03-21	5-03-21	6-03-21	7-03-21	8-03-21	9-03-21	10-03-21	11-03-21	12-03-21	13-03-21	14-03-21	15-03-21
FORMA DEL TRABAJADOR	[Handwritten Signature]														
TARJETAS DE PROYECCIÓN PERSONAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE PROYECCIÓN PERSONAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE PROYECCIÓN PERSONAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE PROYECCIÓN PERSONAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE PROYECCIÓN PERSONAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE PROYECCIÓN PERSONAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE PROYECCIÓN PERSONAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETAS DE PROYECCIÓN PERSONAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															



ORDEN DE ASIGNAMIENTO CONTINUO

SISTEMAS GESTIÓN DE ASIGNAMIENTO CONTINUO Y SELECCIÓN DE LA UNIDAD PRODUCTIVA

PROYECTO DE ASIGNACIÓN DE TRABAJADORES DE PRODUCCIÓN HORAS DE TRABAJO EN LA UNIDAD PRODUCTIVA A PARTIR DE LOS TRABAJADORES DE LA UNIDAD PRODUCTIVA

Código: 010	
VERSIÓN	1
MODIFICACIONES	RECIBIDAS
Página 111	

Nombre del trabajador: **CLAUDIA PINZÓN**

Nombre de la actividad: **ASIGNACIÓN DE CITAS**

ELEMENTOS DE PROYECTO PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA													
EMPRESA ASIGNADA	16-7-21	17-3-21														
FECHA DEL TRABAJADOR	cl-p	cl-p														
EMPRESA ASIGNADA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA ASIGNADA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA ASIGNADA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA ASIGNADA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA ASIGNADA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA ASIGNADA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA ASIGNADA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA ASIGNADA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA ASIGNADA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA ASIGNADA																
FECHA DEL TRABAJADOR																



GOBIERNO DE TUCUMÁN GOBIERNO AUTÓNOMO

SECRETARÍA DE DESARROLLO COMUNITARIO, CULTURA Y DEPORTE Y DE POLÍTICA DE CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

ESTADO CIVIL: A CATAROGUÍN DE ALUMNOS DE PROTECCIÓN FERGESAL PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN QUÍMICA A SUZALCOY JACINTO. 10 ALUMNOS BENEFICIARIOS DE LA LEY 13.688 DEL TUCUMÁN

FORMA N° 0	
VERSIÓN	1
APROBACIÓN	18/06/00
Pág. 01	

Apellido y Nombre

CLAUDIA JAZCON

Proyecto

ASIGNACIÓN DE CIAS

N.º INSCRITO DE ALUMNO (CÁPIA ORIGINAL)	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN														
TAPAS DE CUBIERTOS	1-3-21	2-3-21	5-3-21	4-3-21	8-3-21	9-3-21	10-3-21	13-03	18-3-21	23-3-21	24-3-21	28-3	29-3-21	30-3-21		
FECHA DEL TRANSMISOR	cl-p-cl-p	cl-p-cl-p														
TAPAS DE CUBIERTOS																
FECHA DEL TRANSMISOR																
TAPAS DE CUBIERTOS																
FECHA DEL TRANSMISOR																
TAPAS DE CUBIERTOS																
FECHA DEL TRANSMISOR																
TAPAS DE CUBIERTOS																
FECHA DEL TRANSMISOR																
TAPAS DE CUBIERTOS																
FECHA DEL TRANSMISOR																
TAPAS DE CUBIERTOS																
FECHA DEL TRANSMISOR																
TAPAS DE CUBIERTOS																
FECHA DEL TRANSMISOR																
TAPAS DE CUBIERTOS																
FECHA DEL TRANSMISOR																

Observaciones:

Este documento es propiedad de la Empresa y debe ser devuelto a la Oficina de Planeación y Programación, en la sede social de la Empresa de Gas de Tucumán.



GESTIÓN DE MEDICAMENTOS CONTINUA

SISTEMA DE GESTIÓN MEDICAMENTO Y CONTROL Y ESTADÍSTICA EVALUACIÓN Y CONTROL

INFORME Y REGISTRO A SATISFACCIÓN DE EL SERVIDOR DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PROPORCIONAR LA EXPOSICIÓN DEL PERSONAL A RIESGOS CON-2 (DMS-14) DE LOS TRABAJADORES DE LA REE SALUD DEL MUNICIPIO

FORMA DE 110	
VERSION	1
APROBACION	MANCOP
Pag. 18	

Nombre del trabajador: Concepcion Infante

Fecha: Asignación de citas

A. CATEGORÍA DE EXPOSICIÓN PERSONAL	FECHA DE EMERGENCIA														
VARIEDAD 1	25-03-21	12-05-21	16-05-21	23-05-21	23-05-21										
FECHA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>										
VARIEDAD 2	02-03-21														
FECHA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
VARIEDAD 3	10-03-21														
FECHA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
VARIEDAD 4	11-03-21														
FECHA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
VARIEDAD 5	12-03-21														
FECHA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
VARIEDAD 6															
FECHA DEL TRABAJADOR															
VARIEDAD 7															
FECHA DEL TRABAJADOR															
VARIEDAD 8															
FECHA DEL TRABAJADOR															
VARIEDAD 9															
FECHA DEL TRABAJADOR															
VARIEDAD 10															
FECHA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:

Este documento es propiedad del Ministerio de Salud Pública del Poder Popular. Toda su reproducción por cualquier medio, sin el consentimiento escrito de la Empresa Cubana de Medicamentos y Productos Farmacéuticos, quedan expresamente prohibidos.



CENTRO DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO

SISTEMA DE GESTIÓN DEL DOCUMENTO GENÉTICO Y REGISTRO DE EVALUACIÓN Y CONTROL

ENTREGA Y REGISTRO A BENEFICIARIOS DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A BANGS OY 2 AÑOS DE TRABAJO EN LOS TRABAJADORES DE LA ZONA DEL SUR

SISTEMA TI	
ENTREGA	REGISTRO
APROBACIÓN	REVISIÓN
Pág. 48	

NO. DE REGISTRO: July Alfonso

ACTIVIDAD: Facturación.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
TEMPERAS QUÍMICAS	18/01/21	17/01/21	18/01/21	18/01/21	18/01/21	18/01/21	18/01/21	18/01/21	18/01/21	18/01/21					
FIRMA DEL TRABAJADOR	July Alfonso														
TEMPERAS QUÍMICAS	19/01/21														
FIRMA DEL TRABAJADOR	July Alfonso														
TEMPERAS QUÍMICAS	15/02/21														
FIRMA DEL TRABAJADOR	July Alfonso														
TEMPERAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMPERAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMPERAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMPERAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMPERAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMPERAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMPERAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TEMPERAS QUÍMICAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

OTROS DATOS:



REPÚBLICA DE CUBA MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA SISTEMA DE GESTIÓN DE OPERACIÓN CENTRAL Y ESTACIONES ENLACE DEL SUPLENTE		Formato 1.0 Versión 1 Edición 1	
EN CASO DE INTERVENCIÓN A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA PROPAGACIÓN DE LA COVID-19 EN LOS TRABAJADORES DE LA U.L.E. SEGURO DEL TURISMO			

Nombre del trabajador: Concepción Álvarez González

Nombre del establecimiento: Farmacia

ESTACIÓN DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
TARJETA DE PROTECCIÓN PERSONAL	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	17/03/21	18/03/21	19/03/21	20/03/21	21/03/21	22/03/21
FECHA DEL TRABAJADOR	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	17/03/21	18/03/21	19/03/21	20/03/21	21/03/21	22/03/21
TARJETA DE PROTECCIÓN PERSONAL															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE PROTECCIÓN PERSONAL															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE PROTECCIÓN PERSONAL															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE PROTECCIÓN PERSONAL															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE PROTECCIÓN PERSONAL															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE PROTECCIÓN PERSONAL															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE PROTECCIÓN PERSONAL															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE PROTECCIÓN PERSONAL															
FECHA DEL TRABAJADOR															



GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, COMISIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

DIRECCIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA DEL SUBCOMITÉ DE REGISTRO PERSONAL PARA LA EMISIÓN DE LA CREDENCIAL OCUPACIONAL A LOS CUPOS DE OBTENIDORES DE TRABAJOS DE LA SE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS

SECRETARÍA	
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA	SECRETARÍA
Página 11	

Nombre del candidato: Olivia Montano

Profesión: Farmacéutica

EL EMISOR DE PRODUCCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
EXAMENES MÉDICOS	4.3	5.3	8.3	7.3	10.3	11.3	12.3	15.3	16.3	17.3	15.3	19.3	23.3	24.3	25.3
TRABAJO DEL TRABAJADOR	<u>e</u>														
TRABAJO DEL TRABAJADOR															
EXAMENES MÉDICOS															
TRABAJO DEL TRABAJADOR															
EXAMENES MÉDICOS															
TRABAJO DEL TRABAJADOR															
EXAMENES MÉDICOS															
TRABAJO DEL TRABAJADOR															
EXAMENES MÉDICOS															
TRABAJO DEL TRABAJADOR															
EXAMENES MÉDICOS															
TRABAJO DEL TRABAJADOR															
EXAMENES MÉDICOS															
TRABAJO DEL TRABAJADOR															
EXAMENES MÉDICOS	4.7	5.7	9.7	11.7	12.7	15.7	17.7	18.7	19.7	23.7					
TRABAJO DEL TRABAJADOR	<u>e</u>														
TRABAJO DEL TRABAJADOR															
EXAMENES MÉDICOS															
TRABAJO DEL TRABAJADOR															
EXAMENES MÉDICOS															
TRABAJO DEL TRABAJADOR															

ESTADO DE CALIFICACIONES CONTINUAS

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL DE CALIDAD DE ENTRENAMIENTO Y CONTROL

ENTRENAMIENTO Y CALIFICACION DE PERSONAL PARA EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA A PARTIR DE LOS REQUISITOS DE LA LEY 1450 DEL 1999

Evaluación:	
Válida	No
Aprobada	Rechazada
Pág. 1 de 1	

Número de Identificación: 1092150110 Nombre: Formación

ELEMENTOS DE FORMACION PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA												
APRENDIZAJE	1-10-21	1-10-21	25-03-21	2-03-21										
FECHA DEL TRABAJADOR	JEP	JEP	JEP	JEP										
APRENDIZAJE														
FECHA DEL TRABAJADOR														
APRENDIZAJE														
FECHA DEL TRABAJADOR														
APRENDIZAJE														
FECHA DEL TRABAJADOR														
APRENDIZAJE														
FECHA DEL TRABAJADOR														
APRENDIZAJE														
FECHA DEL TRABAJADOR														
APRENDIZAJE														
FECHA DEL TRABAJADOR														
APRENDIZAJE														
FECHA DEL TRABAJADOR														
APRENDIZAJE														
FECHA DEL TRABAJADOR														
APRENDIZAJE														
FECHA DEL TRABAJADOR														
APRENDIZAJE														
FECHA DEL TRABAJADOR														
APRENDIZAJE														
FECHA DEL TRABAJADOR														
APRENDIZAJE														
FECHA DEL TRABAJADOR														



COMANDO EN JEFE FUERZA ARMADA COLOMBIANA

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CONTROL E INSPECCIÓN ESTADÍSTICA Y CONTROL

FECHA Y LUGAR DE LA ELABORACIÓN DE ESTE REGISTRO DE PROTECCIÓN AMBIENTAL PARA SERVICIOS DE LA EXPANSIÓN DEL AEROPUERTO DE BOGOTÁ MEDIANTE LOS TRABAJOS DE RECONSTRUCCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN

COMANDO EN JEFE	
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ
REGIÓN	BOGOTÁ
PÁG 1/1	

Nombre del maestro: Alfonso Acosta de la Cruz

Nombre: _____

N.º DE ORDEN DE TRABAJO	FECHA DE ENTRADA															
TRABAJOS DE RECONSTRUCCIÓN	01/03/21	05/03/21	08/03/21	10/03/21	10/03/21	11/03/21	13/03/21	15/03/21	17/03/21	18/03/21	19/03/21	23/03/21	24/03/21	25/03/21	26/03/21	27/03/21
FECHA DEL TRABAJADOR	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																
FECHA DEL TRABAJADOR																
LABORADOR																



GESTIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

ESTADO DE GESTIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA CONTINUA Y DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EMERGENCIAS

ESTADO DE GESTIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA CONTINUA Y DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EMERGENCIAS PARA TENDENCIAS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL SECTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL TERRITORIO

CUBA (2019)	
Vigencia	1
APROBADO	Calificado
Pg 10	

Nombre del paciente: Lady Andra Guo Batista

Profesión: Psicología

ESTADO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	FECHA DE ENTRADA														
TENDENCIA EMERGENCIA	09-07-21	09-07-21	18-07-21	01-08-21	01-08-21	14-08-21	12-03-21	05-03-21	14-03-21	13-07-21	09-09-21				
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															
ESTADO DEL TRATAMIENTO															
TENDENCIA CONTINUA															

Observaciones:

Este documento es propiedad de la Empresa del Seguro Popular y el Tratamiento Psicológico y no debe ser utilizado para fines ajenos a los establecidos en el presente documento. Toda reproducción o uso no autorizado de este documento será sancionado.



SISTEMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO

SISTEMA DE GESTION DEL DESARROLLO DE CONTRATO Y GESTION DE EVALUACION Y CONTROL

ENTRADA 1 INGENIERIA DE SOFTWARE EN EL PROYECTO DE DESARROLLO DEL SISTEMA PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRAFICO EN LAS CARRETERAS DE CALIDAD DE LA REGION DEL CAUCA

BOLETIN N° 0	
TITULO	1
PROYECTO	PROYECTO
Pg. 01	

T. Leonor Valencia

Nombre:

ELABORACION DE MATERIALES Y PERSONALES	FECHA DE ENTREGA														
INDICADOR OBTENIDO	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021	01/03/2021
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															
TITULO DEL TRABAJADOR															

El documento es propiedad de la Empresa y es de uso interno. Toda su reproducción o divulgación sin el consentimiento escrito de la Empresa es estrictamente prohibida.



SISTEMA DE MONITOREO CONTINUO
DIRECCIÓN NACIONAL DE MEJORA LABORAL, CONTINUA Y GESTIÓN DE ENFERMEDADES Y LESIONES
UNIDAD Y REGISTRO DE SALUD OCUPACIONAL DE SUJETOS DE PROTECCIÓN LABORAL EN EL SECTOR DE LA INDUSTRIA Y COMERCIO AL POR MENOR CONFORME A LOS PLANES ANUALES DE LA CUBA SUR DEL
TRABAJO

CÓDIGO
 1
 1
 1
 1

Nombre del trabajador: Int Stella Barragán Laboratorio Clínico

ETAPAS DEL PROTOCOLO DE MONITOREO CONTINUO	FECHA DE ENTRADA														
TAPAS DEL MONITOREO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
ESPACIO DE OBSERVACION															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTRADA	07/02/21	07/02/21	08/02/21	09/02/21	10/02/21	11/02/21	12/02/21	13/02/21	14/02/21	15/02/21	16/02/21	17/02/21	18/02/21	19/02/21	20/02/21
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]														
FECHA DE ENTRADA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTRADA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTRADA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTRADA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTRADA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTRADA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTRADA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



ASUNTO: Asignación Anual Laboratorio Clínico

FECHA DEL INCREMENTO	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE MATRÍCULA	FECHA DE BARRERA	FECHA DE CONTROL	FECHA DE ENTRENAMIENTO										
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															
CONDICIONES DEL TRABAJADOR															



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TOLUCA
SISTEMA DE GESTIÓN DE RENDIMIENTO OPERATIVO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL
ENTREGA Y MONITORIO E SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN OCUPACIONAL, QUE SE OFRECEN EN LOS TRABAJADORES DE LA ES E SANGREROS
Toluca

Edición 1.0
 Versión 1
 Emisión 01/06/2020
 Pág. 17

Nombre del trabajador: Nedy Rollos

Proceso: Laboratorio Clínico

ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA															
TAPABOCAS QUÍMICO	01/03/21	05/03/21	08/03/21	09/03/21	10/03/21	11/03/21	12/03/21	13/03/21	14/03/21	15/03/21			18/03/21	23/03/21	24/03/21	25/03/21
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>			<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>									
TAPABOCAS QUÍMICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUÍMICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUÍMICO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
GORRO ANTIBUENOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
GORRO ANTIBUENOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
GORRO ANTIBUENOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
DATA MAYA LAJAS ANTIBUENOS	01/03/21	05/03/21	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	17/03/21	18/03/21	23/03/21	24/03/21	25/03/21
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>															
DATA MAYA - AREA OPERATIVO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
DATA MAYA LAJAS ANTIBUENOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
DATA MAYA LAJAS ANTIBUENOS																
FIRMA DEL TRABAJADOR																



SECCIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

SISTEMA DE GESTIÓN MEDICAMENTO CONTINUO Y SIGATON DE EVALUACIÓN CONTROL

SECCION Y RECIBO A ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA PERSONAL LA SUPERVISION OCUPACIONAL A SABER CONFECCION DE LOS TRAJES AMBROS EN LA E.E. SALUD DON

CÓDIGO NO	
SECCIÓN	1
APROBACIÓN	00000000
PÁG. 01	

Kathleen Tihona Bonera S.

Laboratorio Clínico

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
TAPABOCAS UNIVERSAL															
NOMBRE DEL RESPONSABLE															
TAPABOCAS UNIVERSAL															
NOMBRE DEL RESPONSABLE															
TAPABOCAS UNIVERSAL															
NOMBRE DEL RESPONSABLE															
TAPABOCAS UNIVERSAL															
NOMBRE DEL RESPONSABLE															
TAPABOCAS UNIVERSAL															
NOMBRE DEL RESPONSABLE															
TAPABOCAS UNIVERSAL															
NOMBRE DEL RESPONSABLE															
TAPABOCAS UNIVERSAL															
NOMBRE DEL RESPONSABLE															
TAPABOCAS UNIVERSAL															
NOMBRE DEL RESPONSABLE															
TAPABOCAS UNIVERSAL															
NOMBRE DEL RESPONSABLE															
TAPABOCAS UNIVERSAL															
NOMBRE DEL RESPONSABLE															
TAPABOCAS UNIVERSAL															
NOMBRE DEL RESPONSABLE															

*21-03-21
Tihona
Eduardo*

*25-03-21
Tihona
Eduardo*

REVISADO POR:



Código de Control: _____

Proceso: _____

SUBSISTEMAS DE PREVENCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTRADA														
LA FERIA DE LA RECEPCIÓN															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															
FECHA DEL TRANSMISOR															

Código de Control: _____



COMITÉ DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO

ED 0002-110

SECTOR DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y GESTIÓN DE CALIDAD DE LA EDUCACIÓN Y CONTROL

00000000

1

ENTREGA Y REGISTRO A LA FASE DE EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PERSONAL PARA FAVORECER LA EFICIENCIA OPERATIVA Y LA CALIDAD DEL SERVICIO EN LOS HOSPITALES DE LA E.S.P. (ALUMNOS)

13042020

Página 111

Nombre del Interventor: Jenny A. Tristán P

Proyecto: Laboratorio Clínico

ELABORADOR DE INDICADOR OPERATIVO	FECHA DE ELABORACIÓN	FECHA DE ENTRADA													
ESTADÍSTICA ALUMNOS															
FECHA DEL TENDIMIENTO															
ESTADÍSTICA ALUMNOS															
FECHA DEL TENDIMIENTO															
ESTADÍSTICA ALUMNOS															
FECHA DEL TENDIMIENTO															
ESTADÍSTICA ALUMNOS															
FECHA DEL TENDIMIENTO															
ESTADÍSTICA ALUMNOS	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	19-03-21	23-03-21	24-03-21
FECHA DEL TENDIMIENTO	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T
ESTADÍSTICA ALUMNOS															
FECHA DEL TENDIMIENTO															
ESTADÍSTICA ALUMNOS															
FECHA DEL TENDIMIENTO															
ESTADÍSTICA ALUMNOS	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	19-03-21	23-03-21	24-03-21
FECHA DEL TENDIMIENTO	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T	Jenny T
ESTADÍSTICA ALUMNOS															
FECHA DEL TENDIMIENTO															
ESTADÍSTICA ALUMNOS															
FECHA DEL TENDIMIENTO															
ESTADÍSTICA ALUMNOS															
FECHA DEL TENDIMIENTO															
ESTADÍSTICA ALUMNOS															
FECHA DEL TENDIMIENTO															
ESTADÍSTICA ALUMNOS															
FECHA DEL TENDIMIENTO															



SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SISTEMA DE CRÉDITO FINANCIERO Y SERVICIOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

ENTREGA Y RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE FIANZAS A FAVOR PARA PARTICIPAR EN LA LICITACIÓN COMPRA NÚMERO 16/08/001 Y 17/08/001 DE BIENES MATERIALES DE LA ESE Y SALUD DEL TERRITORIO

08/08/2018

FIRMAS
AUTENTICA

CONTRATA

Pág. 14

Nombre e identificación: EMERSON GARCÍA

Proceso: 16/08/001 Y 17/08/001

NÚMERO DE DOCUMENTOS DE FIANZA	FECHA DE ENTREGA															
TARJETA DE FIANZA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE FIANZA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
TARJETA DE FIANZA																
FECHA DEL TRABAJADOR																
COMO AMPLIACION	11-03-18	12-03-18	13-03-18	14-03-18	15-03-18	16-03-18	17-03-18	18-03-18	19-03-18	20-03-18	21-03-18	22-03-18	23-03-18	24-03-18	25-03-18	26-03-18
FECHA DEL TRABAJADOR	EMERSON GARCIA															
COMO AMPLIACION	25-03-18	26-03-18	27-03-18	28-03-18	29-03-18	30-03-18										
FECHA DEL TRABAJADOR	EMERSON GARCIA															
COMO AMPLIACION																
FECHA DEL TRABAJADOR																
COMO AMPLIACION	11-03-18	12-03-18	13-03-18	14-03-18	15-03-18	16-03-18	17-03-18	18-03-18	19-03-18	20-03-18	21-03-18	22-03-18	23-03-18	24-03-18	25-03-18	26-03-18
FECHA DEL TRABAJADOR	EMERSON GARCIA															
COMO AMPLIACION	25-03-18	26-03-18	27-03-18	28-03-18	29-03-18	30-03-18										
FECHA DEL TRABAJADOR	EMERSON GARCIA															
COMO AMPLIACION																
FECHA DEL TRABAJADOR																
COMO AMPLIACION																
FECHA DEL TRABAJADOR																

Observaciones



DEPARTAMENTO DE MONITORIO CONTROL

SISTEMA DE MONITORIO CONTROL Y SECCIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

COMUNIDAD Y SERVIDOR A SERVIDORAS DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PÚBLICA Y PRIVADA Y ESTACIONES OBRERAS PARA CONSERVAR Y MEJORAR LOS NIVELES DE SALUD DE LA Población

SECUNDARIO	
Actividad	
Activación	Activación
Página 01	

Nombre del trabajador: ITA LIRA RIVERA S

Apellido: LAB. CLÍNICO

ELEMENTOS DE MONITOREO PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
TIPO DE ASESORAMIENTO															
FECHA DEL MONITOREO															
TÍTULO DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO															
TÍTULO DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO															
TÍTULO DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO	02/03/21	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
FECHA DEL MONITOREO	Luz														
FECHA DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO	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
FECHA DEL MONITOREO	Luz														
FECHA DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO															
FECHA DEL MONITOREO															

Observaciones:



SECRETARÍA DE GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS

SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO EN EL SERVICIO PÚBLICO

PROCESO DE MEJORA CONTINUA DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA VIOLENCIA CONTRA MUJERES CON VIOLENCIA EN LOS MUNICIPIOS DE LA E.S.E. SAN LUIS RIVERA

CÓDIGO DE TIPO	
VERSIÓN	1
ACTUALIZACIÓN	TR-00000
Página 46	

Nombre del usuario: _____ Fecha: _____

ELEMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN	FECHA DE ENTREGA										
TARIFA DEL SERVICIO	8-3-21	9-3-21		11-3-21	12-3-21										
FIRMA DEL TRABAJADOR	Julia	Julia		Julia	Julia										
TARIFA DEL SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFA DEL SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFA DEL SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFA DEL SERVICIO	8-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21	13-3-21	14-3-21	15-3-21	16-3-21	17-3-21	18-3-21	19-3-21	20-3-21	21-3-21	22-3-21
FIRMA DEL TRABAJADOR	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia
TARIFA DEL SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFA DEL SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFA DEL SERVICIO	8-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21	13-3-21	14-3-21	15-3-21	16-3-21	17-3-21	18-3-21	19-3-21	20-3-21	21-3-21	22-3-21
FIRMA DEL TRABAJADOR	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia	Julia
TARIFA DEL SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TARIFA DEL SERVICIO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



Nombre del producto: Hortaliza Asada

Proceso: _____

TIPO DE CONTROL	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE EMBAQUE	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CALIDAD	FECHA DE DISTRIBUCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE PLANTACIÓN	FECHA DE SIEMBRA						
TABACOS UNIBOCA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABACOS UNIBOCA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABACOS UNIBOCA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TABACOS UNIBOCA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
GRANO ANTE UNIBOCA	27-5-21	28-5-21	29-5-21	30-5-21											
FIRMA DEL TRABAJADOR	peña	peña	peña	peña											
GRANO ANTE UNIBOCA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
GRANO ANTE UNIBOCA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
GRANO ANTE UNIBOCA	27-5-21	28-5-21	29-5-21	30-5-21											
FIRMA DEL TRABAJADOR	peña	peña	peña	peña											
GRANO ANTE UNIBOCA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
GRANO ANTE UNIBOCA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



Nombre del trabajador: Leonel Cordero

Función: Mantenimiento

DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
TAREAS DE SERVICIO	01-3-21	02-3-21	3-3-21	4-3-21	5-3-21	6-3-21	7-3-21	8-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21	13-3-21	14-3-21	15-3-21
FECHA DEL TRABAJADOR	Leonel Cordero														
TAREAS DE SERVICIO	23-3-21	24-3-21	25-3-21	26-3-21	27-3-21	28-3-21	29-3-21	30-3-21	31-3-21						
FECHA DEL TRABAJADOR	Leonel Cordero														
TAREAS DE SERVICIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DE SERVICIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DE SERVICIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DE SERVICIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DE SERVICIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DE SERVICIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DE SERVICIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DE SERVICIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															



SECCIÓN DE MEJORAMIENTO COMUNITARIO

SISTEMA DE OBSERVACIONES Y CONTROL DE LA SALUD Y SEGURIDAD AMBIENTAL Y CONTROL

ENTRADA Y RECEPCIÓN A SUSTRACCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA FOMENTAR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL A NIVEL COMUNITARIO EN LAS COMUNIDADES DE LA ALDEA DEL POLO RODRIGUEZ

SECCION 110

REGIÓN

APARTEADO

0800000

Página 11

Nombre del personal

Polo Rodriguez

Proyecto

Mantenimiento

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN														
TRABAJADOR	01-03-21	02-03-21	05-02-21	08-02-21	10-02-21	11-02-21	12-02-21	15-02-21	16-02-21	19-02-21	18-02-21	19-02-21	20-02-21	24-02-21	29-02-21	29-02-21
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO	01-03-21															
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO																
TAPABOCAS QUIRÓFONO																



SECCIÓN DE ASESORAMIENTO TÉCNICO
SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS LABORALES Y OBTENCIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL
IMPRESA Y MODELO A UTILIZARSE EN SUPLENTO DE LOS FOLIOS PARA REGISTRO LA EXISTENCIA DE PACIENTES A SER MONITOREADOS EN LOS DISTRITOS DE LA C.E.S. DEL TERCER

FORMULARIO
VERSIÓN 1
FECHA 2014
PÁG. 1

Nombre del trabajador: Carlos

Postura: Mantenimiento

ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS	<u>17/12/14</u>														
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR TAPADEOS QUÍMICOS															



GESTIÓN DE REEMPLAZO CONTINUO

SECRETARÍA DE GESTIÓN MEDICAMENTOSA CONTROL Y REGISTRO DE EVALUACIÓN Y CONTROL

PARTE DE INFORMACIÓN DE ELECCIÓN DE EMPLEADOR PERSONAL PARA PREVENIR LA CONTINGENCIA OCUPACIONAL A SABER COMO DATOS DE LOS TRABAJADORES DE LA E.S.E. SALUD DEL PUEBLO

FORMA 170
Versión 1
Aprobación: []
Ejecución: []
Pag. 17

Nombre del Empleado: Leidy Sanchez

Profesión: Farmacéutica

EL EMPLEADOR DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	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
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN															
FIRMA DEL EMPLEADOR	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>										
FECHA DE ENTREGA	<u>24-03-21</u>	<u>24-03-21</u>	<u>24-03-21</u>	<u>24-03-21</u>	<u>24-03-21</u>										
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPLEADOR															
FIRMA DEL EMPLEADOR															
EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
EMPLEADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

TIPO DE PROTECCIÓN LABORAL	FECHA DE EMERGENCIA															
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																
PROTECCIÓN LABORAL																

Este documento es propiedad del Gobierno del Cusco y debe ser devuelto al personal que lo solicitó una vez concluya su uso. No debe ser utilizado para fines ajenos a los que fue elaborado.



Nombre de la comunidad: Barra Real, Anillo de la...

Hedionda Garcia

ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA														
EDUCACIÓN BÁSICA						11-03-21	20-03-21									
FECHA DEL TALLERON						11-03-21	20-03-21									
TALLERON EN PROGRESO						11-03-21	20-03-21									
FECHA DEL TALLERON																
TALLERON EN PROGRESO																
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON	04-03-21	05-03-21	06-03-21		07-03-21											
FECHA DEL TALLERON	07-03-21	08-03-21	09-03-21		10-03-21											
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON	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	17-03-21	18-03-21	19-03-21
FECHA DEL TALLERON	20-03-21	21-03-21	22-03-21	23-03-21	24-03-21	25-03-21	26-03-21	27-03-21	28-03-21	29-03-21	30-03-21	31-03-21	01-04-21	02-04-21	03-04-21	04-04-21
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON																
FECHA DEL TALLERON																



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUBA

INSTRUMENTO DE SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA

Código de la Unidad	
Código de la Unidad	Código de la Unidad
# de In	

Nombre del beneficiario

Eliana Yinet Rojas

Apellido

Mediano

TIPO DE SERVICIO	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE ENTREGA													
TAPAS DE OREJAS															
FORMA DEL TRABAJADOR															
EL PRODUCTO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAPAS BUCALES															
FORMA DEL TRABAJADOR															
EL PRODUCTO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA AMPLIADA	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
FORMA DEL TRABAJADOR	ELA														
FORMA AMPLIADA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA AMPLIADA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA AMPLIADA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA AMPLIADA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA AMPLIADA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA AMPLIADA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA AMPLIADA															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA AMPLIADA															

Observaciones

Este documento es propiedad de la Secretaría de Salud Pública de Cuba. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de la Secretaría de Salud Pública de Cuba es prohibido.



DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTO Y CONTROL

SISTEMA DE REGISTRO Y MONITOREO CONTINUO Y GESTION DE EMERGENCIAS Y CONTROL

FORMA Y FRECUENCIA Y SATISFACCION DE ELEMENTOS DE RESPUESTA PERSONAL PARA REGULAR LA EXPOSICION CON PERSONA A SANGRE (CON) NIET LOS TRABAJADORES LA ZONA SANITARIA

EMISOR (R)

VERIFICADO: _____
 AUTORIZADO: _____
 AÑO: _____

Nombre del trabajador: Dolly Nieto

Ocupación: Medicina

ELABORACIÓN DE PROTOCOLO Y REGISTRO	FECHA DE ENTREGA														
SEMANA LABORAL ANTERIOR	4-3	8-3	9-3	10-3	11-3	12-3	15-3	16-3	17-3	18-3	19-3	23-3	24-3	25-3	26-3
FIRMA DEL TRABAJADOR	Dolly														
SEMANA LABORAL ACTUAL	4-3	8-3	9-3	10-3	11-3	12-3	15-3	16-3	17-3	18-3	19-3	23-3	24-3	25-3	26-3
FIRMA DEL TRABAJADOR	Dolly														

DOL



OFICINA DE ASISTENCIA TÉCNICA

SISTEMA DE GESTIÓN DE ADMINISTRACIÓN CONTROL Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

INSTRUMENTO PARA LA MONITOREO DE LA EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA DIFUSIÓN DE VIRUS COVID-19 EN LOS TRABAJADORES DE LA C.E. SALUD DEL ESTADO

FORMULARIO

UNIDAD ADMINISTRATIVA	PROYECTO

Nombre del trabajador

Dianna E. Vega

Apellido

Medina

TÍTULO DEL TRABAJO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA														
TAPABOCAS QUEBRADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS USADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUEBRADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS USADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUEBRADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS USADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUEBRADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS USADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUEBRADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS USADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUEBRADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS USADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUEBRADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS USADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS QUEBRADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
TAPABOCAS USADO																
FIRMA DEL TRABAJADOR																



REGISTRO DE ATENDIMIENTO CONSULTIVO

INSTITUTO NACIONAL DE CALIFICACIÓN PROFESIONAL Y DESARROLLO EDUCACIONAL Y CULTURAL

El presente formulario es un instrumento de clasificación de una prestación profesional, por lo que debe ser llenado en la respectiva institución a cargo de la actividad profesional en el momento de la prestación de los servicios de la E.S.P. Salud del Hospital

FORMULARIO Nº

PERSONA

INSTITUCIÓN

Página

Nombre del trabajador:

JOSUANO AGUIRRE BLOMO

Profesión:

Medicina

FECHA DE ATENDIMIENTO	FECHA DE ENTREGA															
04/03/21	05/03/21	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	17/03/21	18/03/21	19/03/21	20/03/21	21/03/21	22/03/21
JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO
JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO
JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO
JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO
JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO
JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO
JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO
JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO
JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO
JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO	JOSUANO

Este formulario es un instrumento de clasificación de una prestación profesional, por lo que debe ser llenado en la respectiva institución a cargo de la actividad profesional en el momento de la prestación de los servicios de la E.S.P. Salud del Hospital



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y CONTROL

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y CONTROL

ESTADO DE GUATEMALA
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA COMUNIDAD DE LA ZONA RURAL DE LA ZONA DEL TUSIGÜA

Nombre del médico: Don Pedro Meneze

Apellido: Meneze

EXEMPLE DE FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA															
FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA



GESTIÓN DE LA MANO DE OBRA

SISTEMA DE GESTIÓN DE OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y REPARACIÓN DE EDIFICACIONES Y COMPLEJOS

CONTROL Y REGISTRO A ENTREGA DE LAS MANOS DE OBRAS DE PROFESIONALES PARA REGISTRO Y EXPOSICIÓN SUBSECUENTE A SUS OBRAS Y/O OBRAS DE LOS TRABAJADORES DE LA EMPRESA DE LA MANO DE OBRA

FORMA N° 10

FECHA DE EMISIÓN	1
FECHA DE VIGENCIA	1
FECHA DE EXPIRACIÓN	1
PÁG. 01	

No. de expediente: Doble Frontera

Proyecto: medicinal

EMPRESA DE PROFESIONALES	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA														
EMPRESA DE PROFESIONALES																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DE PROFESIONALES																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DE PROFESIONALES																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DE PROFESIONALES																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DE PROFESIONALES																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DE PROFESIONALES	04/03	05/03	08/03	09/03	10/03	11/03	12/03	15/03	16/03	17/03	18/03	19/03	20/03	21/03	22/03	23/03
FIRMA DEL TRABAJADOR	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011
EMPRESA DE PROFESIONALES	26/03	27/03	28/03	30/03	31/03											
FIRMA DEL TRABAJADOR	2011	2011	2011	2011	2011											
EMPRESA DE PROFESIONALES																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DE PROFESIONALES	04/03	05/03	08/03	09/03	10/03	11/03	12/03	15/03	16/03	17/03	18/03	19/03	20/03	21/03	22/03	23/03
FIRMA DEL TRABAJADOR	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011
EMPRESA DE PROFESIONALES	26/03	27/03	28/03	30/03	31/03											
FIRMA DEL TRABAJADOR	2011	2011	2011	2011	2011											
EMPRESA DE PROFESIONALES																
FIRMA DEL TRABAJADOR																
EMPRESA DE PROFESIONALES																
FIRMA DEL TRABAJADOR																

Observaciones:



CONTROL DE INGRESOS Y SALIDAS

SERVIDOR DE EDUCACIÓN JOVENES Y ADULTOS Y INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA

RAZÓN Y FUNDAMENTO DE LA RESOLUCIÓN DE ELABORACIÓN DE FOTOCOPIAS PERSONALES PARA PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN DE GRUPO CONJUNTO EN LOS PUEBLOS DE LA SIERRA LLANURA

CANCÓN - TP

UNIDAD	1
APROBACIÓN	DEBIDO
PÁG	02

Nombre del beneficiario

Apellido

INSTRUMENTOS DE MANEJO DE LOS FONDOS	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE OBTENCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE DEVOLUCIÓN	FECHA DE REENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN						
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															
TAREAS DE DESARROLLO															
PRIMA DEL TRABAJO															

Firma del beneficiario

	SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA											FORMA 178			
	SISTEMA DE CONTROL, MONITOREO Y GESTIÓN DE EMERGENCIAS - CONTROL													FORMA	1
	CENTRO Y SERVICIO A LA COMUNIDAD DE EMERGENCIAS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN DE AGENTES BIOLÓGICOS CON 3 FASES (3) DEL TRATAMIENTO DE LA E.S.E. MALA OLA													APLICACIÓN	EMERGENCIAS

Nombre del trabajador: Carlos Martínez

Fecha: Heduno

FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE PREVENCIÓN	FECHA DE DETECCIÓN	FECHA DE RESPUESTA	FECHA DE MONITOREO	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE REPORTES	FECHA DE CIERRE	FECHA DE ANÁLISIS	FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ARCHIVO	FECHA DE RECUPERACIÓN
FECHA DE EMERGENCIA														
FECHA DE PREVENCIÓN														
FECHA DE DETECCIÓN														
FECHA DE RESPUESTA														
FECHA DE MONITOREO														
FECHA DE EVALUACIÓN														
FECHA DE REPORTES														
FECHA DE CIERRE														
FECHA DE ANÁLISIS														
FECHA DE REVISIÓN														
FECHA DE ACTUALIZACIÓN														
FECHA DE ENTREGA	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21
FECHA DE RECEPCIÓN	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21
FECHA DE ARCHIVO	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21
FECHA DE RECUPERACIÓN	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21	01/01/21



GESTIÓN DE PERSONAL CENTRO

SISTEMA DE GESTIÓN DE ADMISIÓN, CONTROL Y REGISTRO DE EMPLACACIÓN Y CONTROL

ENTREGA Y RECIBIDO A GARANTÍA DE ELABORACIÓN DE PRODUCTOS PERSONALES PARA FERIA DE EMPLOYMENT OCCUPACIONAL A PARTIR DEL 02 DE FEBRERO DE LOS TRABAJADORES DE LA U.L. E SALIDA DEL TALLER.

FORMATO - 106

VERSIÓN

1

APPROBADO POR

FECHA

PÁG. 1/1

Apellido del trabajador

Nombre

REQUISITOS DE PRODUCCIÓN (PUNTAJE)	FECHA DE ENTREGA														
REQUISITOS CUMPLIDOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
REQUISITOS CUMPLIDOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
REQUISITOS CUMPLIDOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
REQUISITOS CUMPLIDOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
REQUISITOS CUMPLIDOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
REQUISITOS CUMPLIDOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
REQUISITOS CUMPLIDOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
REQUISITOS CUMPLIDOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
REQUISITOS CUMPLIDOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
REQUISITOS CUMPLIDOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
REQUISITOS CUMPLIDOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
REQUISITOS CUMPLIDOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones



RESUMEN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

COMITE DE GERENCIA MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL DE ENTREGAS Y SERVICIO A SATISFACCIÓN DE EL EMPLEADO DE MANEJO DE PRODUCCIÓN. PARA PREVENIR LA ESTERILIDAD DEL PRODUCTO, A TRAVÉS DEL CONTROL DE LAS ETAPAS DE MANEJO DE LAS MATERIAS PRIMAS.

FECHA: 15

UNIDAD: FABRICACIÓN DE PRODUCTOS

Nombre del Operador: Fabian R. Bayona

Nombre: Medicinas

CATEGORÍA DE PRODUCTO (Ej. PRODUCTOS)	FECHA DE ENTREGA														
TRAPAJOS QUEMADOS	4 Nov														
FORMAS DE TRABAJO	7 Nov														
TRAPAJOS QUEMADOS															
FORMAS DE TRABAJO															
TRAPAJOS QUEMADOS															
FORMAS DE TRABAJO															
TRAPAJOS QUEMADOS															
FORMAS DE TRABAJO															
FORMAS ANTERIORES	4 Nov	5 Nov	8 Nov	9 Nov	10 Nov	11 Nov	12 Nov	15 Nov	16 Nov	17 Nov	18 Nov	19 Nov	20 Nov	21 Nov	22 Nov
FORMAS DEL TRABAJO	7 Nov														
FORMAS ANTERIORES															
FORMAS DEL TRABAJO															
FORMAS ANTERIORES															
FORMAS DEL TRABAJO															
FORMAS ANTERIORES															
FORMAS DEL TRABAJO															
FORMAS ANTERIORES	4 Nov	5 Nov	8 Nov	9 Nov	10 Nov	11 Nov	12 Nov	15 Nov	16 Nov	17 Nov	18 Nov	19 Nov	20 Nov	21 Nov	22 Nov
FORMAS DEL TRABAJO	7 Nov														
FORMAS ANTERIORES															
FORMAS DEL TRABAJO															
FORMAS ANTERIORES															
FORMAS DEL TRABAJO															

Este documento es propiedad de la Empresa y por favor no divulgarlo fuera de ella. Se otorga el derecho de uso exclusivo de este documento a la Empresa.



MINISTERIO DE AGRICULTURA Y GANADERÍA GOBIERNO DE TUCUMÁN

SECRETARÍA DE GESTIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE ENTIDADES DEL SECTOR

PROGRAMA DE FERTILIZACIÓN Y MANEJO DE LOS SUELOS PARA LA MEJORA DE LA PRODUCTIVIDAD DE LAS ACTIVIDADES AGROPASTORILES, A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE LA E.F. 4-1 DEL S.O. TUCUMÁN

EJECUCIÓN	
INICIADA	TERMINADA
2010/01/01	2010/12/31
PÁG. 01	

Nombre del beneficiario

Thermy Rodriguez

Apellido

ELEMENTOS DE FERTILIZACIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE INICIO DE MANEJO													
TAPAJOS CUBIERTOS	24/02	21/05	28/06	02/07	10/08	21/09	12/10	15/11	16/12	16/01	19/02	19/03	22/04	24/05	24/06
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]
TAPAJOS DE CUBIERTOS	26/02	23/03	28/04	30/05	31/06										
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]										
TAPAJOS DE CUBIERTOS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
COBRO ANTICUPO	26/02	27/03	28/04	29/05	30/06										
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]										
COBRO ANTICUPO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
COBRO ANTICUPO	04/07	05/08	08/09	09/10	11/11	12/12	15/01	16/02	17/03	18/04	19/05	19/06	22/07	24/08	25/09
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]
NOTA NUBOSA LARGA APTILADO	26/02	28/03	29/04	30/05	31/06										
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]										
GRABACIONES EN LA ANTILLO	21/03	22/04	23/05	24/06	25/07	26/08	27/09	28/10	29/11	30/12	31/01	01/02	02/03	03/04	04/05
FIRMA DEL TRABAJADOR	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]
NOTA NUBOSA LARGA APTILADO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
NOTA NUBOSA LARGA APTILADO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

OBSERVACIONES:



DESTINO DE MEDICAMENTO CONTINUO

SUPLENTE DE DESTINO MEDICAMENTO CONTINUO Y GESTION DE EVALUACION DE OPTIMIZACION

FORMA DE REGISTRO Y AUTOPROTECCION DE RESERVAS DE MEDICACION HOSPITAL PARA PREVENIR LA FALTAS DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA EN LA C.U.E. SALUD DEL TRABAJO

FORMA N° 1

BOLETA
AUTOPROTECCION

PAG. 01

Nombre del paciente:

Apellido:

RESERVA DE FARMACOS DISPONIBLE	COMIDA ENTREGA	RECIBO DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	HORA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	HORA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	RECIBO DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	RECIBO DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	HORA DE ENTREGA	RECIBO DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TARJETA DE AUTOPROTECCION															

Observaciones:



Ministerio de Salud

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA Y CONTROL

SECCIÓN DE ODS PARA MEJORAMIENTO CONTINUO Y SECCION DE EVALUACION Y CONTROL

DIAGNÓSTICO Y MONITORIO A PARTIR DEL USO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION DEL NIVEL DE DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN EL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS EN EL MARCO DE LOS TRABAJOS DEL COMITÉ DE SALUD INFANTIL

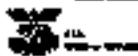
FORMA Nº 118
VERSION
ACTUALIZACION
02/01/2020
Página 1 de 1

Muestra de los cuestionarios

Formulario

FECHA DE LA PRUEBA DE IDENTIFICACION PERSONAL	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE LA PRUEBA	FECHA DE ENTREGA												
FECHA DE LA PRUEBA DE IDENTIFICACION PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															

FAB



SECRETARÍA DE MEDICINA COMUNITARIA

SISTEMA DE CONTROL Y REGISTRO DE EMBARAZOS Y PARTOS

ENTREGA Y REVISIÓN AL FURBANDOS DE ELEMENTOS DE PREVENCIÓN PERSONAL PARA EL CUIDADO DE LA EDUCACIÓN DEL PERSONAL A SALUD COMO PARTE DE LOS TRABAJOS DE LA E.S.F EN UN DE LOS
Módulo

FOLIO NÚMERO	
VEREDA	1
ASIGNACIÓN	PREVENCIÓN
Pag. 10	

Nombre del paciente: Adriana Rodríguez

Dirección: _____

NÚMERO DE ATENCIÓN/EMBARAZO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE OMBREDA	FECHA DE DABREDA	FECHA DE DABREDA	FECHA DE ELECCIÓN	FECHA DE ENTREGA									
Tabla 1 (opcional) con JACUP															
Nombre del embarazo															
TABLA 2 (opcional)															
Fecha del embarazo															
TABLA 3 (opcional)															
Nombre del embarazo															
TABLA 4 (opcional)															
Fecha del embarazo															
Nombre antenatal			08-03	09-03	10-03	11-03	12-03	13-03	14-03	15-03	16-03	17-03	18-03	19-03	20-03
Nombre del embarazo															
Nombre antenatal	04-03	05-03	06-03	07-03	08-03	09-03	10-03	11-03	12-03	13-03	14-03	15-03	16-03	17-03	18-03
Nombre del embarazo															
Nombre antenatal															
Nombre del embarazo															
Nombre antenatal															
Nombre del embarazo															
Nombre antenatal															
Nombre del embarazo															
Nombre antenatal															
Nombre del embarazo															
Nombre antenatal															
Nombre del embarazo															
Nombre antenatal															
Nombre del embarazo															
Nombre antenatal															
Nombre del embarazo															
Nombre antenatal															
Nombre del embarazo															
Nombre antenatal															
Nombre del embarazo															
Nombre antenatal															
Nombre del embarazo															
Nombre antenatal															

Datos clínicos:



GOBIERNO DE CHILE - MINISTERIO DE SALUD

SISTEMA DE GESTIÓN NACIONAL DE CONTROL Y REGISTRO DE EVALUACIÓN Y CONTROL

FORMULARIO PARA REGISTRO DE EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE CONTAMINADA EN EL OBTENIMIENTO DE LA LACTANCIA DEL NEONATO

SERIE: 02-110
 VERSIÓN: 1
 APROBADO POR: [Firma]
 Nº: 11

Nombre del trabajador: **MARCELO CARROSO**

Nombre:

ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
TAPACABOCAS															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
UNIFORME GIGIÉNICO															
PIÑA DEL TRABAJADOR															
TAPABOCAS QUIRÓFONO															
PIÑA DEL TRABAJADOR															
ESPALMOCA GIGIÉNICO															
PIÑA DEL TRABAJADOR															
BOUDO ARTIFICIAL	04.03.21	05.03.21	08.03.21	09.03.21	10.03.21	11.03.21	12.03	15.03	16.03	17.03	18.03	19.03	20.03	23.03	24.03
FIRMA DEL TRABAJADOR	Mark														
BOUDO ARTIFICIAL	25.03	26.03	29.03	30.03	31.03										
PIÑA DEL TRABAJADOR	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark										
BOUDO ARTIFICIAL															
PIÑA DEL TRABAJADOR															
BOUDO ARTIFICIAL															
PIÑA DEL TRABAJADOR															
BOUDO ARTIFICIAL															
PIÑA DEL TRABAJADOR															
BOUDO ARTIFICIAL															
PIÑA DEL TRABAJADOR															
BOUDO ARTIFICIAL															
PIÑA DEL TRABAJADOR															
BOUDO ARTIFICIAL															
PIÑA DEL TRABAJADOR															
BOUDO ARTIFICIAL															
PIÑA DEL TRABAJADOR															
BOUDO ARTIFICIAL															
PIÑA DEL TRABAJADOR															
BOUDO ARTIFICIAL															

Nombre del paciente: Liz Jeneffer Mro. Andrexale Diagnóstico: O. Chantrelage

NUMEROS DE PROCEEDIMIENTOS	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE EGRESO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE EGRESO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE EGRESO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE EGRESO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE EGRESO	
TUBERCULOSIS																		
FECHA DEL TUBERCULOSIS																		
TUBERCULOSIS QUIRURGICA																		
FECHA DEL TUBERCULOSIS QUIRURGICA																		
TUBERCULOSIS CON TUBERCULOSIS																		
FECHA DEL TUBERCULOSIS CON TUBERCULOSIS																		
CORNO ANTITUBERCULOSIS	4-3-21	5-3-21	8-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21	15-2-21	18-3-21	15-3-21	12-3-21	11-3-21	8-3-21	20-3/21				
FECHA DEL TUBERCULOSIS CON TUBERCULOSIS																		
TUBERCULOSIS QUIRURGICA																		
FECHA DEL TUBERCULOSIS QUIRURGICA																		
TUBERCULOSIS CON TUBERCULOSIS																		
FECHA DEL TUBERCULOSIS CON TUBERCULOSIS																		
TUBERCULOSIS QUIRURGICA																		
FECHA DEL TUBERCULOSIS QUIRURGICA																		

Este documento es propiedad de la O.E.P. y no debe ser publicado ni distribuido sin el consentimiento escrito de la O.E.P.



GESTIÓN DE SEGURIDAD CONTINUA

INSTRUMENTO DE SEGUIMIENTO, CONTROL Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

SECCION 80

SECCION 80

INDICADOR Y MEDICIÓN DE EFECTIVIDAD DE LA ACTIVIDAD PERSONAL PARA PREVENIR LA OCURRENCIA DE ACCIDENTES A PARTIR DE LA EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS DE LA O.C.E. SALUD DEL TRABAJADOR

Nombre del Subproyecto: Recurso Humanos

Nombre: Contabilidad

INDICADOR DE EFECTIVIDAD	FECHA DE ENTREGA														
INFORMACIÓN DEL RIESGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
INFORMACIÓN DEL RIESGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
INFORMACIÓN DEL RIESGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
INFORMACIÓN DEL RIESGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
INFORMACIÓN DEL RIESGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
INFORMACIÓN DEL RIESGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
INFORMACIÓN DEL RIESGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
INFORMACIÓN DEL RIESGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
INFORMACIÓN DEL RIESGO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



SECRETARÍA DE DEFENSA Y SEGURIDAD CONTINUA

SECRETARÍA DE DEFENSA Y SEGURIDAD CONTINUA - RESPONDER EVALUACIÓN CONTINUA

ESTIMAR / ESTIMAR LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PERSONAL LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LOS SERVICIOS DE LA FUERZA ARMADA

EDICIÓN: 1.0
VERSIÓN: 1
FECHA: 15/05/2014
ELABORADO POR: []
PÁG. 17

Apellido y Nombre: Sergio H. Velasco

Apellido: Adarvidogica

REVISIÓN DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
1. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
2. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
3. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
4. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
5. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
6. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
7. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
8. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
9. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
10. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
11. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
12. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
13. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
14. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
15. PROTECCIÓN PERSONAL															
FIRMA DEL TRABAJADOR															



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE CUIDADO Y DE RENDIMIENTO DE EMBAJADORAS CONTROL

BOLETA N.º

ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MEDICACIÓN DE QUÍMICA DEL DEPARTAMENTO PERSONAL, ASÍ COMO LA ESPERANZA OCUPACIONAL A CADA UNO DE LOS TRABAJADORES DE LA UNIDAD DEL

REGION	I
PROVINCIA	MATANCAS
PAG. N.º	

Fecha de recepción:

Mtro. Cárdenas

Fecha:

octubre 1991

¿CUMPLIÓ CON LAS PREVISIONES DE LA UNIDAD?	FECHA DE ENTREGA														
BAJOS CALIFICACIONES															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAREAS DE TRABAJO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR	NO								NO						
BOLETA ANTE LUGAR	4/3/78	5/2/78	5/3/78	NO	6/3/78	NO	12/3/78	14/3/78	14/3/78	NO	19/3/78	20/3/78	23/3/78	24/3/78	
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	NO	<i>[Signature]</i>	NO	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	NO	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
BOLETA ANTE LUGAR	NO	NO													
FIRMA DEL TRABAJADOR	NO	NO													
BOLETA ANTE LUGAR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
BOLETA ANTE LUGAR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
BOLETA ANTE LUGAR	4/3/78	5/2/78	5/3/78	9/3/78	16/3/78	11/3/78	12/3/78	13/3/78	16/3/78	17/3/78	18/3/78	19/3/78	20/3/78	23/3/78	24/3/78
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>														
BOLETA ANTE LUGAR	25/7/78	26/3/78													
FIRMA DEL TRABAJADOR	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>													
BOLETA ANTE LUGAR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
BOLETA ANTE LUGAR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
BOLETA ANTE LUGAR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

OTROS DATOS:

Este sistema es propiedad de la Empresa del Comercio Exterior. Prohibida su reproducción o cualquier modo, y no se permite su uso en la República de Cuba. Se prohíbe su uso en cualquier otro país.



SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA

SISTEMA DE REGISTRO, MONITOREO Y GESTIÓN DE EMERGENCIAS Y CRISIS

FORMA Y MODELO PARA REGISTRO DE EMERGENCIAS PERSONALES PARA INICIAR LA PROMOCIÓN COMUNITARIA, A TRAVÉS DE LOS TRABAJADORES DE LA RED DE SALUD PÚBLICA

FORMA 101-10	
VERSIÓN	1
APROBACIÓN	10/03/2018
PÁG. 01	

Alvaro Robayo

Forma y modelo para registrar

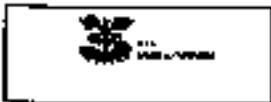
Res: 101

ETAPAS DE PROMOCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA													
ENTREGA DE MATERIALES														
PRIMA DEL TRABAJO														
ENTREGA DE MATERIALES														
PRIMA DEL TRABAJO														
ENTREGA DE MATERIALES														
PRIMA DEL TRABAJO														
ENTREGA DE MATERIALES														
PRIMA DEL TRABAJO														
ENTREGA DE MATERIALES														
PRIMA DEL TRABAJO														
ENTREGA DE MATERIALES														
PRIMA DEL TRABAJO														
ENTREGA DE MATERIALES														
PRIMA DEL TRABAJO														
ENTREGA DE MATERIALES														
PRIMA DEL TRABAJO														
ENTREGA DE MATERIALES														
PRIMA DEL TRABAJO														
ENTREGA DE MATERIALES														
PRIMA DEL TRABAJO														
ENTREGA DE MATERIALES														
PRIMA DEL TRABAJO														

19-03-2021

19-03-2021

SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA



NOMBRE DEL INTERVENIENTE: MARTHA BUENA PUESTO: _____

INDICACION DE LA OBRA DE CONSTRUCCIÓN	FECHA DE ENTREGA														
TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN	25-03-21	26-03-21													
FECHA DEL TRABAJADOR	Martha Buena	Marta Buena													
TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN	25-03-21	26-03-21													
FECHA DEL TRABAJADOR	Martha Buena	Marta Buena													
TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN															
FECHA DEL TRABAJADOR															

COMPANIA FORMADORA SUBCONTRATADE EN EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSTRUCCIÓN PARA EL ESTADO DE TLAXCALA

SECTOR DE LA FORTALEZA CONTINUA



ORGANIZACIÓN DE LA SEGURIDAD CONTRA...

SISTEMAS DE EVALUACIÓN DEL RIESGO Y GESTIÓN DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE EL RIESGO DE INFECCIÓN PERIOPERATORIA PARA PROPORCIONAR LA EVIDENCIA DE LA EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENCUADRE

VERSION

APROBACION

NUMERO

FECHA

NUMERO

FECHA

Página 111

Nombre del trabajador:

Apellido:

ELEMENTOS DE PROTOCOLO PERSONAL	FECHA DE INICIO	FECHA DE ENTREGA													
TAMBORES QUIRÓFONO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES QUIRÓFONO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES QUIRÓFONO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES QUIRÓFONO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES QUIRÓFONO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES QUIRÓFONO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES QUIRÓFONO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES QUIRÓFONO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES QUIRÓFONO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES QUIRÓFONO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES QUIRÓFONO															
FORMA DEL TRABAJADOR															
TAMBORES QUIRÓFONO															
FORMA DEL TRABAJADOR															



Nombre y Apellido:

Presupuesto:

CATEGORÍA DE PERSONAL	FECHA DE ENTREGA													
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														
TRABAJADOR QUINCENARIO														
FECHA DEL TRABAJO														



SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

Nombre del Trabajador

Araceli Jimenez Ortiz

Fecha

APORTE DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
APORTE GENERAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
APORTE GENERAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
APORTE GENERAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
APORTE GENERAL	01-03	05-03	08-03	10-03	11-03	12-03	15-03	16-03	17-03	18-03	19-03	20-03	21-03	22-03	23-03
FORMA DEL TRABAJADOR	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
APORTE GENERAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
APORTE GENERAL	04-03	05-03	08-03	10-03	11-03	12-03	15-03	16-03	17-03	18-03	19-03	20-03	21-03	22-03	23-03
FORMA DEL TRABAJADOR	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
APORTE GENERAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
APORTE GENERAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
APORTE GENERAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
APORTE GENERAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
APORTE GENERAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															
APORTE GENERAL															
FORMA DEL TRABAJADOR															

29 30 P P

P P



SECTOR DE MEJORAMIENTO CONTINUO

SISTEMA DE GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE RIESGOS

FORMULARIO PARA REGISTRO DE RESULTADOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PLAN DE ACCIÓN PARA LA EJECUCIÓN OCUPACIONAL A PARTIR DE LOS TRABAJADORES DE LA FIC DE LA UNIDAD

SECTOR Y/O	
SECTOR	1
APROBACION	14/04/2023
Pag. 04	

Nombre del trabajador: Chuska Alcántara

Profesión: _____

FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE EMERGENCIA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTREGA
04-03-2021	05-03-2021	06-03-2021	07-03-2021	08-03-2021	09-03-2021	10-03-2021	11-03-2021	12-03-2021	13-03-2021	14-03-2021	15-03-2021	16-03-2021	17-03-2021	18-03-2021	19-03-2021	20-03-2021	21-03-2021
Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara
04-03-2021	05-03-2021	06-03-2021	07-03-2021	08-03-2021	09-03-2021	10-03-2021	11-03-2021	12-03-2021	13-03-2021	14-03-2021	15-03-2021	16-03-2021	17-03-2021	18-03-2021	19-03-2021	20-03-2021	21-03-2021
Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara
04-03-2021	05-03-2021	06-03-2021	07-03-2021	08-03-2021	09-03-2021	10-03-2021	11-03-2021	12-03-2021	13-03-2021	14-03-2021	15-03-2021	16-03-2021	17-03-2021	18-03-2021	19-03-2021	20-03-2021	21-03-2021
Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara	Chuska Alcántara



DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

SISTEMA DE GESTIÓN RECONOCIMIENTO COMPLETO A SECTORES EVALUACIÓN Y CONTROL

ENTREGA Y FIRMADO A SATISFACCIÓN DE LA ENTREGA DE PARTICIPACIÓN PERSONAL PARA DESARROLLAR LA PROMOCIÓN DEL PERSONAL A BARRA CONOZCER EN LOS TRABAJADORES DE LA I E E DEL ESTADO DE TUNJUNA

CÁRTEL DE TR	
CIudad	1
ANNO 2021	01/03/2021
Pag 01	

Nombre del trabajador: Paola Patricia

Profesión: _____

ELEMENTOS DE PROYECTO PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

Observaciones:



MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA DEL PERÚ

DESGANDE MEDICAMENTO CONTROLADO

SISTEMA DE REGISTRO AUTOMATIZADO DE CONTROL Y SECCIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL

BOGOTÁ - CO

VERSION 1

APROBACION

ELABORACION

ESTABLECIMIENTO Y REGISTRO A LA ENTREGA DE ELABORACIONES REGIONALES PARA PROMOVER LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS, ASÍ COMO COMO SEAN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD DEL TRUJILLO

PÁG. 01

Nombre del medicamento: Edta Pro

Proceder: Edta Pro

ESTABLECIMIENTO DE PROTECCIÓN REGIONAL	FECHA DE ENTREGA														
TAPA BOCAS QUILIMBO															
CORONA DEL INDIANABOCA															
TAPA BOCAS QUILIMBO															
AREA DEL INDIANABOCA															
TAPA BOCAS QUILIMBO															
AREA DEL INDIANABOCA															
TAPA BOCAS QUILIMBO															
AREA DEL INDIANABOCA															
COMBO AREA LINDO															
AREA DEL INDIANABOCA															
COMBO AREA LINDO															
AREA DEL INDIANABOCA															
COMBO AREA LINDO															
AREA DEL INDIANABOCA															
COMBO AREA LINDO															
AREA DEL INDIANABOCA															
COMBO AREA LINDO															
AREA DEL INDIANABOCA															
COMBO AREA LINDO															
AREA DEL INDIANABOCA															
COMBO AREA LINDO															
AREA DEL INDIANABOCA															
COMBO AREA LINDO															

Observaciones:

Este documento es propiedad de la Empresa de Control y Sección de Evaluación y Control. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de la Empresa de Control y Sección de Evaluación y Control será sancionado.



SECCIÓN DE REGISTROS DE CONTROL

SECRETARÍA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y GESTIÓN DE EMERGENCIAS Y CONTROL

ENTREGA Y RECIBO A SABER ACCIONES DE RESPUESTA DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, RESPUESTA EMERGENCIA Y PROTECCIÓN OCUPACIONAL, LABORES DE CUIDADO Y OMBÚDNE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA C.U.E. SALUD DEL

SECCIÓN 110

NÚMERO	1
PROCESO	10017000
Pag. 118	

Nombre del trabajador: Monice Carido

Profesión: odontología

FECHA DE RECEPCIÓN PARTICIPANTE	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE SALIDA
TAREAS QUINCENALES															
APRO DEL TRABAJADOR															
TAREAS QUINCENALES															
APRO DEL TRABAJADOR															
TAREAS QUINCENALES															
APRO DEL TRABAJADOR															
TAREAS QUINCENALES															
APRO DEL TRABAJADOR															
FORMA ATRIBUCIÓN	01/03/20	01/03/20	01/03/20	01/03/20	01/03/21	01/03/21	01/03/21	01/03/21	01/03/21	11/03/21	11/03/21	11/03/21	11/03/21	15/03/21	16/03/21
FORMA DEL TRABAJADOR	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS
FORMA ATRIBUCIÓN	01/03/21	22/03/21	24/03/21	25/03/21	25/03/21	26/03/21	26/03/21								
FORMA DEL TRABAJADOR	MS	MS	MS	MS	MS	MS									
FORMA ATRIBUCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA ATRIBUCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA ATRIBUCIÓN	01/03/21	02/03/21	02/03/21	02/03/21	02/03/21	02/03/21	02/03/21	10/03/21	11/03/21	12/03/21	14/03/21	15/03/21	16/03/21	17/03/21	17/03/21
FORMA DEL TRABAJADOR	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS
FORMA ATRIBUCIÓN	01/03/21	23/03/21	24/03/21	24/03/21	25-03/21	27/03/21									
FORMA DEL TRABAJADOR	MS	MS	MS	MS	MS	MS									
FORMA ATRIBUCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															
FORMA ATRIBUCIÓN															
FORMA DEL TRABAJADOR															



Nombre del beneficiario: _____ Fecha: _____

ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA												
TIPO DE TRADUCCIÓN															
FECHA DEL TRADUCCIONISTA															
TIPO DE TRADUCCIÓN															
FECHA DEL TRADUCCIONISTA															
TIPO DE TRADUCCIÓN															
FECHA DEL TRADUCCIONISTA															
TIPO DE TRADUCCIÓN															
FECHA DEL TRADUCCIONISTA															
TIPO DE TRADUCCIÓN															
FECHA DEL TRADUCCIONISTA															
TIPO DE TRADUCCIÓN															
FECHA DEL TRADUCCIONISTA															
TIPO DE TRADUCCIÓN															
FECHA DEL TRADUCCIONISTA															



GESTIÓN DE LAS OPERACIONES DE TIPO

CÓDIGO DEL

SISTEMA DE GESTIÓN DE PLANEAMIENTO FINANCIERO Y LOGÍSTICO DE UNA EMPRESA LOCAL

UNIDAD ADMINISTRATIVA

6666/0000

ENTREGA Y ACORDO A SATISFACCIÓN DE EL CLIENTE SE PRODUCE EN PERSONAL PARA PREVENIR LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y EN LA OPERACIÓN DE LAS OPERACIONES DE LA EMPRESA LOCAL EN LA TERCERA

Pág. 03

Nombre del sistema:

Proceso:

ELEMENTO DE PROCESO DE SERVICIO	FORMA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA													
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															
TRABAJADOR															

Observaciones



GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

SECRETARÍA DE ECONOMÍA Y FINANZAS

SISTEMA DE CONTROL DE GASTOS Y DE EVOLUCIÓN DE COMPRA

COMPRA N°:

VERSIÓN:

ACTUALIZACIÓN:

18/04/2010

DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE BIENES PERSONALES PARA PREVENIR LA DEPOSITACIÓN DE BIENES Y ASESORAR AL USO DE BIENES DE LOS SERVIDORES DEL ESTADO

Nombre de la Unidad: Unidad de...

Apellido:

FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE COMPRA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE COMPRA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE COMPRA	FECHA DE ENTREGA
4-3-21	5-3-21	8-3-21	10-3-21	12-3-21	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
[Handwritten entries for each date column]															
[Empty rows for other categories]															
4-3-21	5-3-21	8-3-21	9-3-21	10-3-21	11-3-21	12-3-21	13-3-21	14-3-21	15-3-21	16-3-21	17-3-21	18-3-21	19-3-21	20-3-21	21-3-21
[Handwritten entries for second set of dates]															
[Empty rows for other categories]															



DE STIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CONTINUA Y GESTION DE EVALUACION Y CONTROL

Forma 126-13

EUTRERIA Y SERVICIOS A UTILIZACION DEL ELEMENTO DE PARTICIPACION PERSONAL PARA PROMOVER LA COMPETENCIA ORGANIZACIONAL A TRAVEZ DE LA IDENTIFICACION DE MEJORES EJECUCIONES DE LA E.E.S. EN UNO DEL TEMA DE...

NO. DE PROYECTO	201003001
FECHA DE EMISION	01/12/07
PAG. 1 DE 1	

Nombre del Encargado:

García Gómez

Proyecto:

SIAC

ESTADISTICA DE PRODUCCION PERSONAL	FECHA DE ENTREGA																
INDICADORES PERSONALES	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11
INDICADORES ORGANIZACIONALES	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11	21/07/11
INDICADORES DE SERVICIO AL CLIENTE																	
INDICADORES DE CALIDAD																	
INDICADORES DE EFICIENCIA OPERATIVA																	
INDICADORES DE EFICIENCIA FINANCIERA																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL USO DE RECURSOS																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	
INDICADORES DE EFICIENCIA EN EL TRABAJO																	



GESTIÓN DE MEDICAMENTO CONTINUO

SISTEMA DE GESTIÓN MEDICAMENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE ESTUJOS DE COBERTURA

ENTREGA Y RECEPCIÓN A BASTIM NUESTRO DEL EQUIPAMIENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN OCASIONAL DE SARS-CoV-2 EN LOS TRABAJADORES DE LA E.S.E. NUESTRO BASTIM

	OTRO USUARIO	
REGION	PROVINCIAS	MUNICIPIOS
CUBA	MATanzas	PROVINCIA
No. 11		

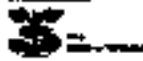
Nombre del trabajador: Nancy Puerto

Fecha: 21/03

TIPO DE EVENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA DE ENTREGA														
ENTREGA DE EQUIPAMIENTO	04-03-21	05-03-21	08-03-21	11-03-21	11-03-21	11-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21
RECEPCIÓN DEL TRABAJADOR	04-03-21	05-03-21	08-03-21	11-03-21	11-03-21	11-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21
ENTREGA DE EQUIPAMIENTO	05-03-21	06-03-21	09-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21
RECEPCIÓN DEL TRABAJADOR	05-03-21	06-03-21	09-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21
ENTREGA DE EQUIPAMIENTO															
RECEPCIÓN DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DE EQUIPAMIENTO															
RECEPCIÓN DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DE EQUIPAMIENTO															
RECEPCIÓN DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DE EQUIPAMIENTO															
RECEPCIÓN DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DE EQUIPAMIENTO															
RECEPCIÓN DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DE EQUIPAMIENTO	04-03-21	05-03-21	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	17-03-21	18-03-21	19-03-21	20-03-21
RECEPCIÓN DEL TRABAJADOR	04-03-21	05-03-21	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	17-03-21	18-03-21	19-03-21	20-03-21
ENTREGA DE EQUIPAMIENTO	05-03-21	06-03-21	09-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21
RECEPCIÓN DEL TRABAJADOR	05-03-21	06-03-21	09-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21	12-03-21
ENTREGA DE EQUIPAMIENTO															
RECEPCIÓN DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DE EQUIPAMIENTO															
RECEPCIÓN DEL TRABAJADOR															
ENTREGA DE EQUIPAMIENTO															
RECEPCIÓN DEL TRABAJADOR															

OBSERVACIONES

Este documento es propiedad de la Empresa del Estado del Fundador. Prohíbese su reproducción o copia parcial o total sin el consentimiento escrito de la Empresa del Estado del Fundador.



GESTIÓN DEL CALIFICADO CONTINUO

ESTRATEGIA DE GESTIÓN DEL CALIFICADO CONTINUO Y SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CONTROL

OFICINA Y SERVICIO A SU CLIENTES Y EL CALIFICADO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, PARA PROMOVER LA CALIFICACIÓN CONTINUA DEL CALIFICADO Y LA CALIFICACIÓN DE LAS PERSONAS DE LA E.S.E. HALLCO S.A.S.

CONTROL	
VERIFICACION	...
APROBACION	...
...	

Nombre del Calificado:

Nombre:

COMPONENTE DE LA ACTIVIDAD PERSONAL	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE EXPIRACION	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE EXPIRACION	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE EXPIRACION	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE EXPIRACION	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE EXPIRACION
EXAMEN DE INGRESO															
PRIMA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION SUPERVISOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION OPERARIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION SUPERVISOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION OPERARIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION SUPERVISOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION OPERARIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION SUPERVISOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION OPERARIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION SUPERVISOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION OPERARIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION SUPERVISOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION OPERARIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION SUPERVISOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION OPERARIO															
FECHA DEL TRABAJADOR															
TARIFICACION SUPERVISOR															
FECHA DEL TRABAJADOR															

El presente documento es propiedad de la Empresa de Servicios de la Industria Petrolera del Estado de Zulia y no puede ser utilizado sin el consentimiento de la Empresa de Servicios de la Industria Petrolera del Estado de Zulia.

	GESTIÓN DE MEDICAMENTO CONTROLADO										Formulario No. 10	
	SISTEMA DE CONTROL MEDICAMENTO CONTROLADO Y DE REGISTRO DE EVALUACIÓN DE RIESGO										1	1
	INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO DE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A FARMACOS CONTROLADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICA DEL PAÍS										02/05/2010	02/05/2010

Nombre del establecimiento: _____ Fecha: _____

ALIMENTO O PRODUCTO DE PROTECCIÓN FARMACOLÓGICA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	FECHA DE CADUCIDAD	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE FARMACIA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA						
TAPABUENOS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUENOS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUENOS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUENOS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUENOS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUENOS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUENOS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUENOS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUENOS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUENOS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUENOS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
TAPABUENOS QUÍMICO															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

El presente instrumento es propiedad de la Oficina de Registro y Control de Medicamentos del Ministerio de Salud Pública y Consumo de Alimentos. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de la Oficina de Registro y Control de Medicamentos es estrictamente prohibido.



DIRECTORIO DE INSUMOS CONTROLADOS		FORMULARIO 119	
SISTEMA DE GESTION DEL CUMPLIMIENTO CONTROL Y GESTION DE OBRAS, UNIFORMES Y COMIDA			
Este formulario es propiedad de la ONCC, todo el contenido de este documento es propiedad de la ONCC y debe ser utilizado en los trabajos de la ONCC de manera exclusiva.			
		VERSIÓN	3
		FECHA DE EMISIÓN	2014/02/26
Página 111			

Número del formulario: _____

Fecha: _____

TIPO DE CONTROL	FECHA DE ENTREGA														
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															
TIPO DE CONTROL															
FECHA DEL TRABAJO															

Observaciones: _____



SISTEMA DE GESTIÓN DE OBLIGACIONES Y CONTROL

SISTEMA DE GESTIÓN DE OBLIGACIONES Y CONTROL DE EVALUACIÓN Y CONTROL

ENTREGA Y RECIBIDA DE FARMACIAS DE EMBALAJES DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD DEL PROCTOR A BARRERA DE OPORTUNIDADES Y TRABAJADORES DE LA E.C.V. MARRÓN DEL

REGIÓN AUTÓNOMA	Guayas
Ej. 47	

Fecha del trabajo: _____

Firma: _____

FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	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 FARMACIAS															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTREGA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTREGA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTREGA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTREGA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTREGA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTREGA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															
FECHA DE ENTREGA															
FIRMA DEL TRABAJADOR															

El día _____