

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.		CONTROL DE TEMPERATURA DE MEDICAMENTOS																												PÁGINA		FOLIO		
UNIDAD DE PROTECCIÓN INTEGRAL:		CASA DE CUIDADO LA FLORIDA																	AÑO: 2026		VERIFICACIÓN MENSUAL													
DÍA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Nombres y Apellidos	No de Contrato/año
ENERO	HORA	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	Aux. Enfermería	No. Contrato/año
	TEMP.	16.5	16.5	16.4	16.4	17.1		17.1	18.1	16.2	16.1	17.1	17.1	18.1	17.2	16.5	17.2	17.1	16.1	17.2	18.2	19.5	18.1	17.6	18.6	18.3	16.9	17.6	18.1	16.5	21.9	19.1	Lider Salud	No. Contrato/año
FEBRERO	HORA	8:15	8:00	8:00	8:00	8:00	8:15	8:30	8:15	9:00	8:00	8:00	9:00	10:00	7:40	8:00	8:00	7:50	8:00	7:05	8:05	7:45	7:50	8:10	8:00	8:16	9:10	8:10	8:20	8:05	7:50	9:00	Aux. Enfermería	No. Contrato/año
	TEMP.	16.4	18.2	17.1	17.1	16.8	18.4	18.1	18.1	17.4	16.7	17.1	18.1	17.2	16.1	16.8	16.7	16.9	17.6	18.2	17.1	18.1	16.8	16.9	17.2	19.3	14.9	18.4	17.9	18.4	19.3	Lider Salud	No. Contrato/año	
MARZO	HORA	12:40	8:00	9:00	8:10	7:00	11:30	9:00	9:10	11:30	8:00	8:45	10:20	9:00	12:30	2:00	8:10	8:00	8:15	11:30	8:00	11:00	9:30	9:00	7:12	9:10	8:10	8:00	9:00	8:15	9:10	Aux. Enfermería	No. Contrato/año	
	TEMP.	18.9	18.7	19.1	17.6	17.4	19.4	18.4	17.4	17.7	18.6	16.7	17.6	18.9	20.6	20.7	18.1	18.2	17.1	19.8	18.5	19.9	19.0	18.7	17.8	18.9	19.6	16.9	18.3	19.5	18.5	Lider Salud	No. Contrato/año	
ABRIL	HORA	8:00	7:30	8:00	8:00	8:10	9:00	9:30	11:00	10:00	11:30	10:00	11:00	11:00	10:00	3:00	8:00	8:10	8:10	9:10	9:10	17:30	18:5	7:11	7	7	10	10	9	10	9	Aux. Enfermería	No. Contrato/año	
	TEMP.	18.7	17.6	18.2		19.1	17.1	17.9	16.3	18.7	17.4	17.8	19.1	19.6	19.5	18.6	18.3	19.5	19.1	19.3	19.5	19.0	19.30	14	19.2	19	19.1	18.9	18.7	18.5	18.9	Lider Salud	No. Contrato/año	
MAYO	HORA	9	8:00	9:15	14:00	15:00	10	7	12	5	9	11	8	8	12	2	10	11	4	4	8	10	7	10	10	11						Aux. Enfermería	No. Contrato/año	
	TEMP.	18.2	17.9	18.5	18.2	18.1	18.2	18.1	18.1	18.2	18.6	17.4	19.1	18.5	18.2	18.1	18.5	18.1	18.2	18.2	18.3	18.0	18.3	18.7	18.0							Lider Salud	No. Contrato/año	
JUNIO	HORA																															Aux. Enfermería	No. Contrato/año	
	TEMP.																															Lider Salud	No. Contrato/año	
JULIO	HORA																															Aux. Enfermería	No. Contrato/año	
	TEMP.																															Lider Salud	No. Contrato/año	
AGOSTO	HORA																															Aux. Enfermería	No. Contrato/año	
	TEMP.																															Lider Salud	No. Contrato/año	
SEPTIEMBRE	HORA																															Aux. Enfermería	No. Contrato/año	
	TEMP.																															Lider Salud	No. Contrato/año	
OCTUBRE	HORA																															Aux. Enfermería	No. Contrato/año	
	TEMP.																															Lider Salud	No. Contrato/año	
NOVIEMBRE	HORA																															Aux. Enfermería	No. Contrato/año	
	TEMP.																															Lider Salud	No. Contrato/año	
DICIEMBRE	HORA																															Aux. Enfermería	No. Contrato/año	
	TEMP.																															Lider Salud	No. Contrato/año	

OBSERVACIONES: (Registre aquí información relevante para la interpretación de la información, recuerde registrar fechas de cambios de personal responsable de toma de temperaturas, líder de área de salud o Responsable de UPI entre otros que sean relevantes.)

CONVENCIONES: RA: Rotación Auxiliar D: Descanso A: Acompañamiento NNAJ D/F: Domingo y/o Festivo.

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO: Este formato contendrá la información de la toma de temperatura de Medicamentos de 1 (un) año, por lo tanto los funcionarios encargados deben ser rigurosos con el registro de la información.

REGISTRO INFORMACIÓN DE TEMPERATURA: El registro de temperatura se hará en Grados Centígrados, por lo tanto se debe registrar el dato en letra clara y no es necesario el registro de la unidad de medida.

REGISTRO INFORMACIÓN DE TIEMPO: El registro de tiempo se hará en formato de 24 horas, por lo tanto se debe registrar el dato en letra clara sin am o pm.

RESPONSABLE DE UPI - VERIFICACIÓN PRIMER SEMESTRE		RESPONSABLE DE UPI - VERIFICACIÓN SEGUNDO SEMESTRE	
NOMBRE: Fernando Granados		NOMBRE:	
CARGO: Responsable de Unidad		CARGO:	
NÚMERO DE CONTRATO:		NÚMERO DE CONTRATO:	

**ESTA PLANILLA NO SE PUEDE MODIFICAR NI AGREGAR CAMPOS. DEBE IMPRIMIRSE COMO ESTA EN EL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.