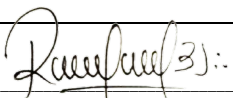
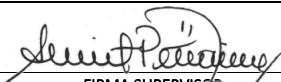


|  <p>Sortesalud<br/>Corporación de Profesionales y Administrativos<br/>de la Salud del Oriente Colombiano</p> |                                    | <h2 style="text-align: center;">FRECUENCIAS DEL MES</h2> |                                             | <p><b>Código:</b> SO-FT-MC-002</p> <p><b>Versión:</b> 0</p> <p><b>Fecha Aprobación:</b> 15/01/2024</p> <p><b>Páginas:</b> 1 de 1</p> |                                                          |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------|---------|----------------------------------------------|
| I. DATOS GENERAL                                                                                                                                                                              |                                    |                                                          |                                             |                                                                                                                                      |                                                          |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR                                                                                                                                                            |                                    | RAFAEL ANDRES BERNAL SANCHEZ                             |                                             | CPL                                                                                                                                  | HUS                                                      |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
| N. CONTACTO                                                                                                                                                                                   |                                    | 3242686931                                               |                                             | PERFIL                                                                                                                               | JEFE DE CENTRO PRODUCTIVO LABORAL                        |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
| PERIODO                                                                                                                                                                                       |                                    | DEL 07 DE SEPTIEMBRE AL 04 DE OCTUBRE DE 2026            |                                             |                                                                                                                                      |                                                          |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
| II. IDENTIFICACION DEL PROCESO                                                                                                                                                                |                                    |                                                          |                                             |                                                                                                                                      |                                                          |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
| TIPO DE PROCESO                                                                                                                                                                               |                                    | MISIONAL                                                 |                                             | MACROPROCESO                                                                                                                         | GESTION AMBULATORIA                                      |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
| PROCESO                                                                                                                                                                                       |                                    | CONSULTA EXTERNA                                         |                                             | SERVICIO A PRESTAR                                                                                                                   | PROGRAMA ESPECIAL MADRE CANGURO - PROGRAMA MADRE CANGURO |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
| III. PROGRAMACION DE TURNOS                                                                                                                                                                   |                                    |                                                          |                                             |                                                                                                                                      |                                                          |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
| ENFERMERO (A) - PROGRAMA ESPECIAL MADRE CANGURO                                                                                                                                               |                                    |                                                          |                                             |                                                                                                                                      |                                                          |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
| Nº                                                                                                                                                                                            | APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR | N. CONTACTO                                              | LUNES                                       | MARTES                                                                                                                               | MIÉRCOLES                                                | JUEVES                                                                                  | VIERNES                                     | SABADO | DOMINGO | FRECUENCIA SEMANAL                           |
| 1                                                                                                                                                                                             | ESPECIALISTA: ROJAS CUEVAS YENNY   | 3116645018                                               | 7:30 A.M -12:00 P.M<br>13:00 P.M -17:00 P.M | 7:30 A.M -12:00 P.M<br>13:00 P.M -17:00 P.M                                                                                          | 7:30 A.M -12:00 P.M<br>13:00 P.M -17:00 P.M              | 7:30 A.M -12:00 P.M<br>13:00 P.M -17:00 P.M                                             | 7:30 A.M -12:00 P.M<br>13:00 P.M -16:30 P.M | L      | L       | 42 HORAS                                     |
| TOTAL POR TURNO                                                                                                                                                                               |                                    | JORNADA                                                  | 1                                           | 1                                                                                                                                    | 1                                                        | 1                                                                                       | 1                                           | 0      | 0       |                                              |
| AUXILIARES DE ENFERMERIA - PROGRAMA MADRE CANGURO                                                                                                                                             |                                    |                                                          |                                             |                                                                                                                                      |                                                          |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
| Nº                                                                                                                                                                                            | APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR | N. CONTACTO                                              | LUNES                                       | MARTES                                                                                                                               | MIÉRCOLES                                                | JUEVES                                                                                  | VIERNES                                     | SABADO | DOMINGO | FRECUENCIA SEMANAL                           |
| 1,14                                                                                                                                                                                          | TRUJILLO CARDENAS SANDRA MILENA    | 3142678704                                               | 7:00 A.M -17:00 P.M                         | 7:00 A.M -17:00 P.M                                                                                                                  | 7:00 A.M -17:00 P.M                                      | M<br>DE 7:00 A.M A 11:00 P.M<br><br>CUBRIMIENTO AL<br>SERVICIO:11:00 P.M A<br>17:00 P.M | 7:00 A.M -15:00 P.M                         | L      | L       | 42 HRS - 6 HRS<br>CUBRIMIENTO AL<br>SERVICIO |
| TOTAL HORAS EJECUTADAS                                                                                                                                                                        |                                    |                                                          |                                             |                                                                                                                                      |                                                          |                                                                                         |                                             |        |         | 48 HORAS                                     |
| TOTAL POR TURNO                                                                                                                                                                               |                                    | JORNADA                                                  | 1                                           | 1                                                                                                                                    | 1                                                        | 1                                                                                       | 1                                           | 0      | 0       |                                              |
| OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                          |                                             |                                                                                                                                      |                                                          |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
| GARANTIZAR EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, LOS CINCO MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS Y LA JORNADA LABORAL                                                                        |                                    |                                                          |                                             |                                                                                                                                      |                                                          |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |
| M:MAÑANA - T: TARDE - C: COMPLETO - N: NOCHE - D: DESCANSO - L: LIBRE                                                                                                                         |                                    |                                                          |                                             |                                                                                                                                      |                                                          |                                                                                         |                                             |        |         |                                              |

  
FIRMA JEFE DE CENTRO PRODUCTIVO LABORAL

  
FIRMA SUPERVISOR

