1. DATOS GENERALES :

CONTRATISTA: TEMPORALES UNO A S.A

CONTRATO No. 1684 Del 29 /10 /2020 **SEDE O REGIONAL**: TOLIMA

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: 05/ 11 /2020 HASTA: 24/01/2021
ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE IBAGUE
SECRETARIA EJECUTORA : SALUD MUNICIPAL

PERIODO CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES A EVALUAR: DEL 01 ENERO AL 24 DE ENERO EL 2021

2.DATOS DEL TRABAJADOR EN MISION QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES:

NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR EN MISION: GERMAN ENRIQUE LEIVA

No. Documento de identificación: 93120253_____ CARGO A DESEMPEÑAR:
AUX.ENFERMERIA_____
PROFESIONAL( ) DE LA SALUD_____ESTRATEGIA PRASS____
ENFERMERO PROFESIONAL:_____ TOMA DE MUESTRAS____
AUDITOR_____
CONDUCTOR_____X_____
AUXILIAR ADMINISTRATIVO_____
OPERARIO DE DESINFECCION_____
AUXILIAR DE ENFERMERIA_____
SUPERVISOR –ENFERMERO PROFESIONAL_____

FECHA DE INGRESO DEL TRABAJADOR:_____FECHA DE RETIRO:_____

2. INFORMACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR TRABAJADOR EN MISION:

PERIODO A EVALUAR: DEL 01 DE ENERO AL 24 DE ENERO DEL 2021
TURNOS DE 08 HORAS LUNES A SABADO
FECHAS DE DOMINGOS TRABAJADOS:_____
AUSENCIAS:_____

Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Realización de visitas domiciliarias y seguimiento telefónico de los casos probables y confirmados de COVID -19 , de acuerdo a la secretaria de salud Municipal	X	
Realizar la toma de embalaje y de muestra para el diagnóstico del COVID-19 como lo indica el Instituto Nacional de Salud y según programación de la Secretaria de Salud Municipal		X
La realización de las acciones de equipo de respuesta inmediata determinadas por el Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal.	X	

Realizar Inspección, vigilacion y seguimiento a la implementación de los planes de contingencia y Lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal sobre el Covid-19 en la Instituciones Prestadoras de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio de Municipio.		X
Realizar logística relacionada con el transporte de las acciones de vigilancia epidemiológica y seguimiento a prestadoras y aseguradoras y en el marco de la Pandemia COVID-19	X	
Implementar la estrategia de Pruebas, Rastreo y Aislamiento selectivo sostenible PRASS, inspección, vigilancia y seguimiento a la implementación de los planes de Contingencia y lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y protección social, instituto Nacional de Salud y secretaria de Salud Municipal sobre el COVID-19 en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio del Municipio.		X
Realizar los informes, diligenciamiento de formatos y base de datos completas, reportes, notificaciones, oportunamente de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal mediante un aplicativo IEC para el desarrollo de la estrategia PRASS		X
Cumplir con las medidas de bioseguridad determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud en la ejecución de las acciones relacionadas con el COVID-19	X	
Dar estricto cumplimiento al cronograma establecido por la secretaria de Salud Municipal para el desarrollo de las acciones de vigilancia epidemiológica es inspección vigilancia y seguimiento de las IPS y EAPB	X	

Otras Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Llamadas telefónicas	X	
Visitas Domiciliarias	X	
Conducción de vehículo para transportar personal de la salud	X	
Planes de seguimiento actividades secretaria de salud.		X
Mencione otras:		

ITEM	Mencione Lugares de Toma de Muestras o visitas a IPS para el desarrollo de Actividades y Fechas en que se visitó. En el caso que desarrolle la actividad	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

ITEM	Mencione promedio de llamadas Diarias Estrategia Prass	
1		

NOMBRE DE TRABAJADOR EN MISION:_GERMAN ENRIQUE LEYVA
NOMBRE DE SUPERVISOR DE ACTIVIDADES:_____

A TRAVEZ DEL PRESENTE DOCUMENTO, CERTIFICAMOS QUE EL TRABAJADOR EN MISION CUMPLIO, CON LA OBLIGACIONES CONTRACTUALES QUE INICIARON DESDE EL 01 DE ENERO AL 24 DE ENERO 2021. PERIODO EVALUADO.

FIRMA DE CONTRATISTA:_____

Anexe

01 Foto por Semana de evidencia Fotografica de las siguientes semanas:

FECHA DE ENVIO OBLIGATORIO DEL PRESENTE INFORME :
ejecutivacomercial@temporalesunoa.com.co

TEMPORALES UNO-A S.A. NIT 809.000.876-1	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO INFORME DE OBLIGACIONES PERSONAL EN MISION DE LA USUARIA : MUNICIPIO DE IBAGUE-SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL		30/10/2020
		Versión 1	Página 1 de 6

1. DATOS GENERALES :

CONTRATISTA: TEMPORALES UNO A S.A

CONTRATO No. 1684 Del 29 /10 /2020

SEDE O REGIONAL: TOLIMA

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: 05/ 11 /2020 HASTA: 24/01/2021
ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE IBAGUE
SECRETARIA EJECUTORA : SALUD MUNICIPAL

PERIODO CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES A EVALUAR: DEL 01 ENERO AL 24 DE ENERO EL 2021

2.DATOS DEL TRABAJADOR EN MISION QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES:

NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR EN MISION: SANDRA MILENA LONDOÑO RODRIGUEZ

No. Documento de identificación: 65766420_____ CARGO A DESEMPEÑAR:PROFESIONAL INGENIERIA INDUS AUX.ENFERMERIA_____
PROFESIONAL(X) DE LA SALUD_____ESTRATEGIA PRASS____
ENFERMERO PROFESIONAL:_____ TOMA DE MUESTRAS____
AUDITOR_____
CONDUCTOR_____
AUXILIAR ADMINISTRATIVO_____
OPERARIO DE DESINFECCION_____
AUXILIAR DE ENFERMERIA_____
SUPERVISOR –ENFERMERO PROFESIONAL_____

FECHA DE INGRESO DEL TRABAJADOR:_____FECHA DE RETIRO:_____

2. INFORMACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR TRABAJADOR EN MISION:

PERIODO A EVALUAR: DEL 01 DE ENERO AL 24 DE ENERO DEL 2021
TURNOS DE 08 HORAS LUNES A SABADO
FECHAS DE DOMINGOS TRABAJADOS:_____
AUSENCIAS:_____

Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Realización de visitas domiciliarias y seguimiento telefónico de los casos probables y confirmados de COVID -19 , de acuerdo a la secretaria de salud Municipal	X	
Realizar la toma de embalaje y de muestra para el diagnóstico del COVID-19 como lo indica el Instituto Nacional de Salud y según programación de la Secretaria de Salud Municipal		X
La realización de las acciones de equipo de respuesta inmediata determinadas por el Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal.	X	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Realizar Inspección, vigilacion y seguimiento a la implementación de los planes de contingencia y Lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal sobre el Covid-19 en la Instituciones Prestadoras de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio de Municipio.	X	
Realizar logística relacionada con el transporte de las acciones de vigilancia epidemiológica y seguimiento a prestadoras y aseguradoras y en el marco de la Pandemia COVID-19		X
Implementar la estrategia de Pruebas, Rastreo y Aislamiento selectivo sostenible PRASS, inspección, vigilancia y seguimiento a la implementación de los planes de Contingencia y lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y protección social, instituto Nacional de Salud y secretaria de Salud Municipal sobre el COVID-19 en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio del Municipio.	X	
Realizar los informes, diligenciamiento de formatos y base de datos completas, reportes, notificaciones, oportunamente de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal mediante un aplicativo IEC para el desarrollo de la estrategia PRASS	X	
Cumplir con las medidas de bioseguridad determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud en la ejecución de las acciones relacionadas con el COVID-19	X	
Dar estricto cumplimiento al cronograma establecido por la secretaria de Salud Municipal para el desarrollo de las acciones de vigilancia epidemiológica es inspección vigilancia y seguimiento de las IPS y EAPB	X	

Otras Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Llamadas telefónicas	X	
Visitas Domiciliarias	X	
Conducción de vehículo para transportar personal de la salud		X
Planes de seguimiento actividades secretaria de salud.	X	
Mencione otras:		

ITEM	Mencione Lugares de Toma de Muestras o visitas a IPS para el desarrollo de Actividades y Fechas en que se visitó. En el caso que desarrolle la actividad	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

ITEM	Mencione promedio de llamadas Diarias Estrategia Prass	
1		

NOMBRE DE TRABAJADOR EN MISION: SANDRA MILENA LONDOÑO RODRIGUEZ
NOMBRE DE SUPERVISOR DE ACTIVIDADES:_____

A TRAVEZ DEL PRESENTE DOCUMENTO, CERTIFICAMOS QUE EL TRABAJADOR EN MISION CUMPLIO, CON LA OBLIGACIONES CONTRACTUALES QUE INICIARON DESDE EL 01 DE ENERO AL 24 DE ENERO 2021. PERIODO EVALUADO.

FIRMA DE CONTRATISTA:_____

Anexe

01 Foto por Semana de evidencia Fotografica de las siguientes semanas:

FECHA DE ENVIO OBLIGATORIO DEL PRESENTE INFORME :
ejecutivacomercial@temporalesunoa.com.co

1. DATOS GENERALES :

CONTRATISTA: TEMPORALES UNO A S.A

CONTRATO No. 1684 Del 29 /10 /2020 **SEDE O REGIONAL**: TOLIMA

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: 05/ 11 /2020 HASTA: 24/01/2021
ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE IBAGUE
SECRETARIA EJECUTORA : SALUD MUNICIPAL

PERIODO CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES A EVALUAR: DEL 01 ENERO AL 24 DE ENERO EL 2021

2.DATOS DEL TRABAJADOR EN MISION QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES:

NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR EN MISION: JOSUE DUVAN LOZANO OSPINA

No. Documento de identificación: X CARGO A DESEMPEÑAR: SUPERVISOR ENFRMERO PROFESIONAL
PROFESIONAL(X) DE LA SALUD_____ESTRATEGIA PRASS X
ENFERMERO PROFESIONAL:_____ TOMA DE MUESTRAS____
AUDITOR_____
CONDUCTOR_____
AUXILIAR ADMINISTRATIVO_____
OPERARIO DE DESINFECCION_____
AUXILIAR DE ENFERMERIA_____
SUPERVISOR –ENFERMERO PROFESIONAL X

FECHA DE INGRESO DEL TRABAJADOR:__05/11/2020_____FECHA DE RETIRO:24 Enero 2021_____

2. INFORMACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR TRABAJADOR EN MISION:

PERIODO A EVALUAR: DEL 30 DE DICIEMBRE AL 24 DE ENERO DEL 2021
TURNOS DE 08 HORAS LUNES A SABADO
FECHAS DE DOMINGOS TRABAJADOS:_____
AUSENCIAS:_____

Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Realización de visitas domiciliarias y seguimiento telefónico de los casos probables y confirmados de COVID -19 , de acuerdo a la secretaria de salud Municipal	X	
Realizar la toma de embalaje y de muestra para el diagnóstico del COVID-19 como lo indica el Instituto Nacional de Salud y según programación de la Secretaria de Salud Municipal		
La realización de las acciones de equipo de respuesta inmediata determinadas por el Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal.		

Realizar Inspección, vigilacion y seguimiento a la implementación de los planes de contingencia y Lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal sobre el Covid-19 en la Instituciones Prestadoras de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio de Municipio.			
Realizar logística relacionada con el transporte de las acciones de vigilancia epidemiológica y seguimiento a prestadoras y aseguradoras y en el marco de la Pandemia COVID-19			
Implementar la estrategia de Pruebas, Rastreo y Aislamiento selectivo sostenible PRASS, inspección, vigilancia y seguimiento a la implementación de los planes de Contingencia y lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y protección social, instituto Nacional de Salud y secretaria de Salud Municipal sobre el COVID-19 en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio del Municipio.	X		
Realizar los informes, diligenciamiento de formatos y base de datos completas, reportes, notificaciones, oportunamente de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal mediante un aplicativo IEC para el desarrollo de la estrategia PRASS	X		
Cumplir con las medidas de bioseguridad determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud en la ejecución de las acciones relacionadas con el COVID-19.	X		
Dar estricto cumplimiento al cronograma establecido por la secretaria de Salud Municipal para el desarrollo de las acciones de vigilancia epidemiológica es inspección vigilancia y seguimiento de las IPS y EAPB			

Otras Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Llamadas telefónicas a pacientes que estuvieron hospitalizados	X	
Visitas Domiciliarias		
Conducción de vehículo para transportar personal de la salud		
Planes de seguimiento actividades secretaria de salud.		
Mencione otras:		

ITEM	Mencione Lugares de Toma de Muestras o visitas a IPS para el desarrollo de Actividades y Fechas en que se visitó. En el caso que desarrolle la actividad	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

ITEM	Mencione promedio de llamadas Diarias Estrategia Prass	
1	10	

NOMBRE DE TRABAJADOR EN MISION:JOSUE DUVAN LOZANO OSPINA
NOMBRE DE SUPERVISOR DE ACTIVIDADES: YULIETH PINZON

A TRAVEZ DEL PRESENTE DOCUMENTO, CERTIFICAMOS QUE EL TRABAJADOR EN MISION CUMPLIO, CON LA OBLIGACIONES CONTRACTUALES QUE INICIARON DESDE EL 05 DE NOVIEMBRE AL 24 DE Enero 2021. PERIODO EVALUADO.

FIRMA DE CONTRATISTA:

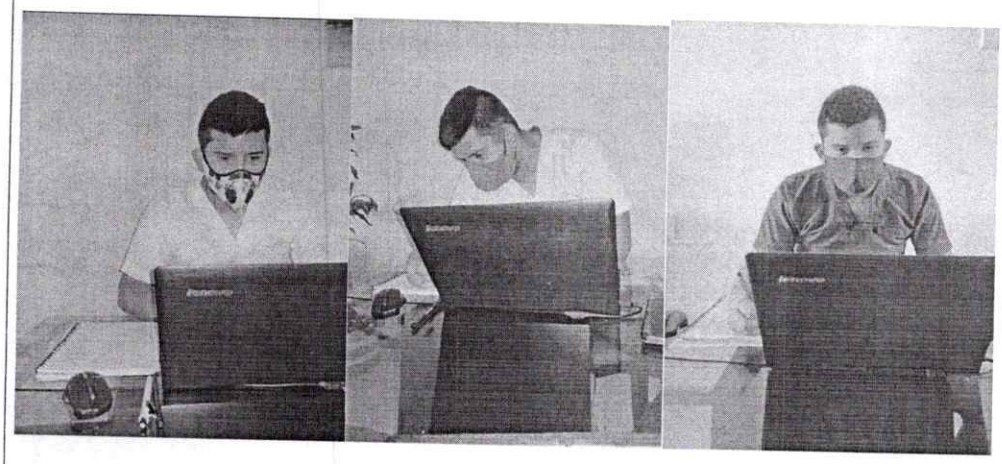
Anexe

01 Foto por Semana de evidencia Fotografica de las siguientes semanas:
05 al 08 de Noviembre
09 al 15 de Noviembre
16 al 22 de Noviembre
23 al 29 de Noviembre

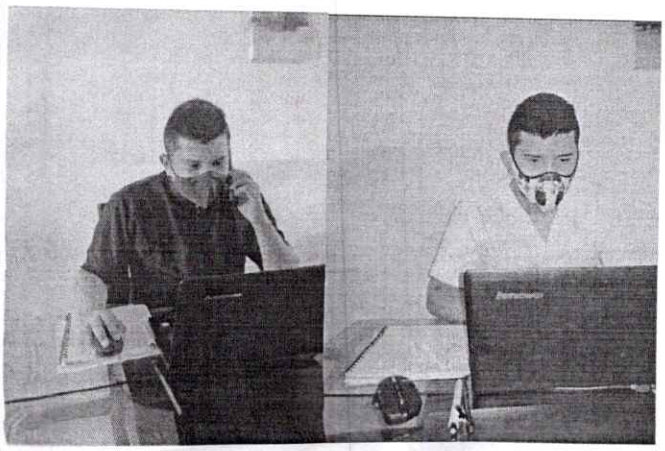
FECHA DE ENVIO OBLIGATORIO DEL PRESENTE INFORME : 04 de Febrero 2021
ejecutivacomercial@temporalesuno a.com.co

FOTOS:

01 al 03 de enero **04 al 10 de enero** **11 al 17de enero**



18 al 24 de enero **25 al 29 de enero**



11e

TEMPORALES UNO-A S.A. NIT 809.000.876-1	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO INFORME DE OBLIGACIONES PERSONAL EN MISION DE LA USUARIA : MUNICIPIO DE IBAGUE-SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL		30/10/2020
		Versión 1	Página 1 de 6

1. DATOS GENERALES :

CONTRATISTA: TEMPORALES UNO A S.A

CONTRATO No. 1684 Del 29 /10 /2020 **SEDE O REGIONAL**: TOLIMA

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: 05/ 11 /2020 HASTA: 24/01/2021
ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE IBAGUE
SECRETARIA EJECUTORA : SALUD MUNICIPAL

PERIODO CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES A EVALUAR: DEL 01 ENERO AL 24 DE ENERO EL 2021

2.DATOS DEL TRABAJADOR EN MISION QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES:

NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR EN MISION: KELIN ALEJANDRA MARTINEZ ROA
No. Documento de identificación: 1110544688_____ CARGO A DESEMPEÑARAUX ADMNISTRATIVO
AUX.ENFERMERIA_____
PROFESIONAL( ) DE LA SALUD_____ESTRATEGIA PRASS____
ENFERMERO PROFESIONAL:_____ TOMA DE MUESTRAS____
AUDITOR_____
CONDUCTOR_____
AUXILIAR ADMINISTRATIVO__X___
OPERARIO DE DESINFECCION_____
AUXILIAR DE ENFERMERIA_____
SUPERVISOR –ENFERMERO PROFESIONAL_____

FECHA DE INGRESO DEL TRABAJADOR:_____FECHA DE RETIRO:_____

2. INFORMACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR TRABAJADOR EN MISION:

PERIODO A EVALUAR: DEL 01 DE ENERO AL 24 DE ENERO DEL 2021
TURNOS DE 08 HORAS LUNES A SABADO
FECHAS DE DOMINGOS TRABAJADOS:_____
AUSENCIAS:_____

Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Realización de visitas domiciliarias y seguimiento telefónico de los casos probables y confirmados de COVID -19 , de acuerdo a la secretaria de salud Municipal	X	
Realizar la toma de embalaje y de muestra para el diagnóstico del COVID-19 como lo indica el Instituto Nacional de Salud y según programación de la Secretaria de Salud Municipal		X
La realización de las acciones de equipo de respuesta inmediata determinadas por el Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal.	X	

Realizar Inspección, vigilacion y seguimiento a la implementación de los planes de contingencia y Lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal sobre el Covid-19 en la Instituciones Prestadoras de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio de Municipio.	X		
Realizar logística relacionada con el transporte de las acciones de vigilancia epidemiológica y seguimiento a prestadoras y aseguradoras y en el marco de la Pandemia COVID-19		X	
Implementar la estrategia de Pruebas, Rastreo y Aislamiento selectivo sostenible PRASS, inspección, vigilancia y seguimiento a la implementación de los planes de Contingencia y lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y protección social, instituto Nacional de Salud y secretaria de Salud Municipal sobre el COVID-19 en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio del Municipio.		X	
Realizar los informes, diligenciamiento de formatos y base de datos completas, reportes, notificaciones, oportunamente de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal mediante un aplicativo IEC para el desarrollo de la estrategia PRASS	X		
Cumplir con las medidas de bioseguridad determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud en la ejecución de las acciones relacionadas con el COVID-19	X		
Dar estricto cumplimiento al cronograma establecido por la secretaria de Salud Municipal para el desarrollo de las acciones de vigilancia epidemiológica es inspección vigilancia y seguimiento de las IPS y EAPB	X		

Otras Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Llamadas telefónicas	X	
Visitas Domiciliarias	X	
Conducción de vehículo para transportar personal de la salud		X
Planes de seguimiento actividades secretaria de salud.	X	
Mencione otras:		

ITEM	Mencione Lugares de Toma de Muestras o visitas a IPS para el desarrollo de Actividades y Fechas en que se visitó. En el caso que desarrolle la actividad	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

ITEM	Mencione promedio de llamadas Diarias Estrategia Prass	
1		

NOMBRE DE TRABAJADOR EN MISION:KELIN ALEJANDRA MARTINEZ ROA
NOMBRE DE SUPERVISOR DE ACTIVIDADES:_____

A TRAVEZ DEL PRESENTE DOCUMENTO, CERTIFICAMOS QUE EL TRABAJADOR EN MISION CUMPLIO, CON LA OBLIGACIONES CONTRACTUALES QUE INICIARON DESDE EL 01 DE ENERO AL 24 DE ENERO 2021. PERIODO EVALUADO.

FIRMA DE CONTRATISTA:_____

Anexe

01 Foto por Semana de evidencia Fotografica de las siguientes semanas:

FECHA DE ENVIO OBLIGATORIO DEL PRESENTE INFORME :
ejecutivacomercial@temporalesunoa.com.co

1. DATOS GENERALES :

CONTRATISTA: TEMPORALES UNO A S.A

CONTRATO No. 1684 Del 29 /10 /2020

SEDE O REGIONAL: TOLIMA

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: 05/ 11 /2020 HASTA: 24/01/2021
ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE IBAGUE
SECRETARIA EJECUTORA : SALUD MUNICIPAL

PERIODO CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES A EVALUAR: DEL 01 ENERO AL 24 DE ENERO EL 2021

2.DATOS DEL TRABAJADOR EN MISION QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES:

NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR EN MISION: JULY JOHANA MESA GAITAN

No. Documento de identificación:1110473254 CARGO A DESEMPEÑAR: _____
PROFESIONAL(X) DE LA SALUD_____ESTRATEGIA PRASS____
ENFERMERO PROFESIONAL:_____ TOMA DE MUESTRAS____
AUDITOR____X_____
CONDUCTOR_____
AUXILIAR ADMINISTRATIVO_____
OPERARIO DE DESINFECCION_____
AUXILIAR DE ENFERMERIA_____
SUPERVISOR –ENFERMERO PROFESIONAL_____

FECHA DE INGRESO DEL TRABAJADOR:_____FECHA DE RETIRO:24 Enero 2021_____

2. INFORMACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR TRABAJADOR EN MISION:

PERIODO A EVALUAR: DEL 29 DE DICIEMBRE AL 24 DE ENERO DEL 2021
TURNOS DE 08 HORAS LUNES A SABADO
FECHAS DE DOMINGOS TRABAJADOS:_____
AUSENCIAS:_____

Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Realización de visitas domiciliarias y seguimiento telefónico de los casos probables y confirmados de COVID -19 , de acuerdo a la secretaria de salud Municipal	X	
Realizar la toma de embalaje y de muestra para el diagnóstico del COVID-19 como lo indica el Instituto Nacional de Salud y según programación de la Secretaria de Salud Municipal		
La realización de las acciones de equipo de respuesta inmediata determinadas por el Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal.	X	

Realizar Inspección, vigilacion y seguimiento a la implementación de los planes de contingencia y Lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal sobre el Covid-19 en la Instituciones Prestadoras de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio de Municipio.	X	
Realizar logística relacionada con el transporte de las acciones de vigilancia epidemiológica y seguimiento a prestadoras y aseguradoras y en el marco de la Pandemia COVID-19		X
Implementar la estrategia de Pruebas, Rastreo y Aislamiento selectivo sostenible PRASS, inspección, vigilancia y seguimiento a la implementación de los planes de Contingencia y lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y protección social, instituto Nacional de Salud y secretaria de Salud Municipal sobre el COVID-19 en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio del Municipio.		
Realizar los informes, diligenciamiento de formatos y base de datos completas, reportes, notificaciones, oportunamente de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal mediante un aplicativo IEC para el desarrollo de la estrategia PRASS	X	
Cumplir con las medidas de bioseguridad determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud en la ejecución de las acciones relacionadas con el COVID-19.	X	
Dar estricto cumplimiento al cronograma establecido por la secretaria de Salud Municipal para el desarrollo de las acciones de vigilancia epidemiológica es inspección vigilancia y seguimiento de las IPS y EAPB	X	

Otras Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Llamadas telefónicas a pacientes que estuvieron hospitalizados	X	
Visitas Domiciliarias	X	
Conducción de vehículo para transportar personal de la salud		X
Planes de seguimiento actividades secretaria de salud.	X	
Mencione otras:		

ITEM	Mencione Lugares de Toma de Muestras o visitas a IPS para el desarrollo de Actividades y Fechas en que se visitó. En el caso que desarrolle la actividad	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

ITEM	Mencione promedio de llamadas Diarias Estrategia Prass	
1		

NOMBRE DE TRABAJADOR EN MISION: JULY JOHANA MESA GAITAN
NOMBRE DE SUPERVISOR DE ACTIVIDADES: NATALIA ANDREA QUINTERO

A TRAVEZ DEL PRESENTE DOCUMENTO, CERTIFICAMOS QUE EL TRABAJADOR EN MISION CUMPLIO, CON LA OBLIGACIONES CONTRACTUALES QUE INICIARON DESDE EL 29 DE DICIEMBRE AL 24 DE Enero 2021. PERIODO EVALUADO.

FIRMA DE CONTRATISTA: _____

Anexe

01 Foto por Semana de evidencia Fotografica de las siguientes semanas:

FECHA DE ENVIO OBLIGATORIO DEL PRESENTE INFORME : 30 de Enero 2021
ejecutivacomercial@temporalesunoa.com.co



1. DATOS GENERALES :

CONTRATISTA: TEMPORALES UNO A S.A

CONTRATO No. 1684 Del 29 /10 /2020 **SEDE O REGIONAL**: TOLIMA

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: 05/ 11 /2020 HASTA: 29/12/2020
ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE IBAGUE
SECRETARIA EJECUTORA : SALUD MUNICIPAL

PERIODO CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES A EVALUAR: DEL 01 ENERO AL 24 DE ENERO EL 2021

2.DATOS DEL TRABAJADOR EN MISION QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES:

NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR EN MISION: Sandra Milena Monroy Carmona _____

No. Documento de identificación: 39625910 __ CARGO A DESEMPEÑAR: Auxiliar de enfermería _____
PROFESIONAL(X) DE LA SALUD_____ESTRATEGIA PRASS____
ENFERMERO PROFESIONAL:_____ TOMA DE MUESTRAS_x___
AUDITOR_____
CONDUCTOR_____
AUXILIAR ADMINISTRATIVO_____
OPERARIO DE DESINFECCION_____
AUXILIAR DE ENFERMERIA____SI_____
SUPERVISOR –ENFERMERO PROFESIONAL_____

FECHA DE INGRESO DEL TRABAJADOR:__05/11/2020_____FECHA DE RETIRO:24 Enero 2021_____

2. INFORMACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR TRABAJADOR EN MISION:

PERIODO A EVALUAR: DEL 01 DE DICIEMBRE 31 DE DICIEMBRE DEL 2021
TURNOS DE 08 HORAS LUNES A SABADO
FECHAS DE DOMINGOS TRABAJADOS:_____
AUSENCIAS:_____

Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Realización de visitas domiciliarias y seguimiento telefónico de los casos probables y confirmados de COVID -19 , de acuerdo a la secretaria de salud Municipal	X	
Realizar la toma de embalaje y de muestra para el diagnóstico del COVID-19 como lo indica el Instituto Nacional de Salud y según programación de la Secretaria de Salud Municipal	X	
La realización de las acciones de equipo de respuesta inmediata determinadas por el Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal.	X	
Realizar Inspección, vigilancia y seguimiento a la implementación de los planes de contingencia y Lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal sobre el Covid-19 en la Instituciones Prestadoras de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio de Municipio.	X	

Antes de imprimir este documento, piense en el medio ambiente!

vigilancia epidemiológica y seguimiento a prestadoras y aseguradoras y en el marco de la Pandemia COVID-19	X
Implementar la estrategia de Pruebas, Rastreo y Aislamiento selectivo sostenible PRASS, inspección, vigilancia y seguimiento a la implementación de los planes de Contingencia y lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y protección social, instituto Nacional de Salud y secretaria de Salud Municipal sobre el COVID-19 en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio del Municipio.	X
Realizar los informes, diligenciamiento de formatos y base de datos completas, reportes, notificaciones, oportunamente de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal mediante un aplicativo IEC para el desarrollo de la estrategia PRASS	X
Cumplir con las medidas de bioseguridad determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud en la ejecución de las acciones relacionadas con el COVID-19.	X
Dar estricto cumplimiento al cronograma establecido por la secretaria de Salud Municipal para el desarrollo de las acciones de vigilancia epidemiológica es inspección vigilancia y seguimiento de las IPS y EAPB	X

Otras Actividades que Realiza:

	SI	NO ASIGNADA
Llamadas telefónicas a pacientes que estuvieron hospitalizados	X	
Visitas Domiciliarias	X	
Conducción de vehículo para transportar personal de la salud		
Planes de seguimiento actividades secretaria de salud.	X	
Mencione otras:		

ITEM	Mencione Lugares de Toma de Muestras o visitas a IPS para el desarrollo de Actividades y Fechas en que se visitó. En el caso que desarrolle la actividad
1	ANCIANATOS
2	EL SOS
3	LLAMADAS PARA REALIZAR IEC Y VERIFICACION DE ALTAS DE PACIENTES

ITEM	Mencione promedio de llamadas Diarias Estrategia Prass
1	70 LAMADAS AL DIA

NOMBRE DE TRABAJADOR EN MISION:_SANDRA MILENA MONROY CARMONA _____
NOMBRE DE SUPERVISOR DE ACTIVIDADES:_SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
_____

A TRAVEZ DEL PRESENTE DOCUMENTO, CERTIFICAMOS QUE EL TRABAJADOR EN MISION CUMPLIO, CON LA OBLIGACIONES CONTRACTUALES QUE INICIARON DESDE EL 05 DE NOVIEMBRE AL 24 DE Enero 2021. PERIODO EVALUADO.

FIRMA DE CONTRATISTA : Sandra Milena Monroy Carmona_____

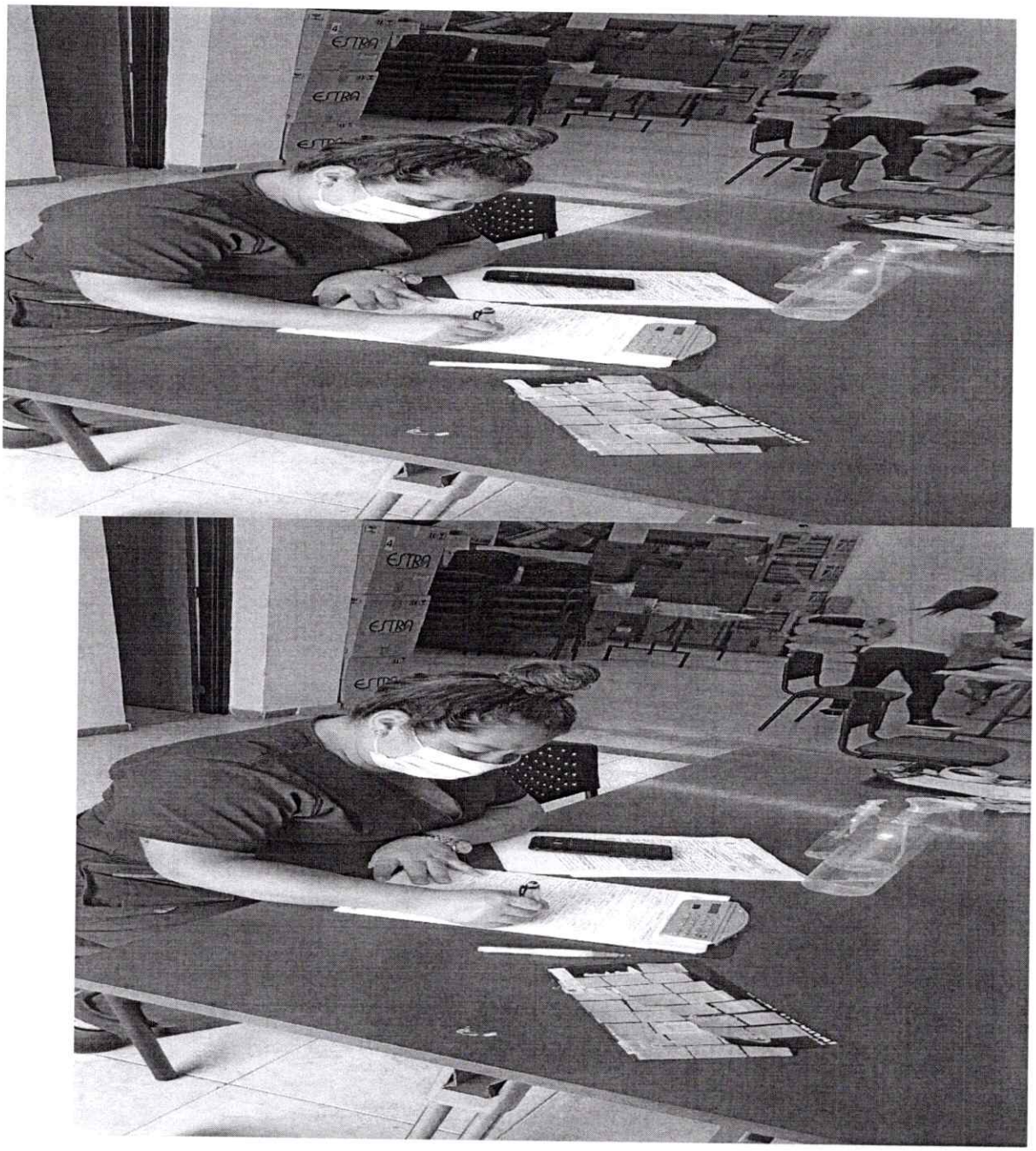
Anexe

01 Foto por Semana de evidencia Fotografica de las siguientes semanas:
05 al 08 de Noviembre
09 al 15 de Noviembre
16 al 22 de Noviembre
23 al 29 de Noviembre

FECHA DE ENVIO OBLIGATORIO DEL PRESENTE INFORME : 04 de Febrero 2021
ejecutivacomercial@temporalesunoa.com.co

FOTOS:

01 al 03 de enero **04 al 10 de enero** **11 al 17de enero**



Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!





Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

131



TEMPORALES UNO-A S.A.	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión	01
		Código	FT-SGSST-01-02-03-02
	ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD	Carpeta	2
		Pagina	1 de 1

NOMBRE COMPLETO: _____

CARGO: _____ FECHA: _____

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
X 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
X Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
X Mujer

3. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. De 3 a 6 meses
X De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

4. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

5. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales

6. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
X No

CAUSA: _____

7. FUMA
a. Si
X No

Promedio Diario: _____

. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
NO

. PRACTICA ALGUN DEPORTE
SI

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

TEMPORALES UNO-A S.A.	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión	01
		Código	FT-SGSST-01-02-03-02
	ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD	Carpeta	2
		Pagina	2 de 1

¿Ha estado en contacto con una persona posiblemente infectada de covid 19?

Si X No____ (cuando) En muchas Ocaciones

¿Con cuantas personas vive en su hogar o casa?

Cinco

¿A que se dedican las personas con las que usted comparte vivienda?

Estudiantes y mi Esposo es Mecanico desempleado

¿Las personas con las que usted vive, asisten a una jornada laboral?

Si____ No X

¿Jornada completa?

Si____ No X

¿Cuál es su condición de salud actual?

Buenas Condiciones

Indique cuales de las siguientes molestias ha experimentado con frecuencia en el último mes

Fiebre
Cansancio
Tos seca
Dolores y molestias
Congestión nasal
Abundante secreción nasal
Dolor de garganta
Diarrea

Ninguna

TEMPORALES UNO-A S.A.	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión	01
		Código	FT-SGSST-01-02-03-02
	ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD	Carpeta	2
		Pagina	3 de 1

¿Se le ha dado a conocer por parte de la empresa el protocolo bioseguridad y de higiene y seguridad industrial en la empresa?

SI X No_____

¿Manejan un protocolo para la prevención y reporte de casos de covid19 en su empresa?

SI X No_____

Nombre: Sandra Milena Monroy Carmona

Firma del trabajador

C.C: 39'625 910

1. DATOS GENERALES :

CONTRATISTA: TEMPORALES UNO A S.A

CONTRATO No. 1684 Del 29 /10 /2020

SEDE O REGIONAL: TOLIMA

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: 05/ 11 /2020 HASTA: 24/01/2021
ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE IBAGUE
SECRETARIA EJECUTORA : SALUD MUNICIPAL

PERIODO CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES A EVALUAR: DEL 01 ENERO AL 24 DE ENERO EL 2021

2.DATOS DEL TRABAJADOR EN MISION QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES:

NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR EN MISION: NAKARITH YEZENIA OLAYA BENITEZ

No. Documento de identificación: 28555832 CARGO A DESEMPEÑAR: _____
PROFESIONAL(X) DE LA SALUD_____ESTRATEGIA PRASS____
ENFERMERO PROFESIONAL:_____ TOMA DE MUESTRAS____
AUDITOR____X_____
CONDUCTOR_____
AUXILIAR ADMINISTRATIVO_____
OPERARIO DE DESINFECCION_____
AUXILIAR DE ENFERMERIA_____
SUPERVISOR –ENFERMERO PROFESIONAL_____

FECHA DE INGRESO DEL TRABAJADOR:_____FECHA DE RETIRO:24 Enero 2021_____

2. INFORMACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR TRABAJADOR EN MISION:

PERIODO A EVALUAR: DEL 29 DE DICIEMBRE AL 24 DE ENERO DEL 2021
TURNOS DE 08 HORAS LUNES A SABADO
FECHAS DE DOMINGOS TRABAJADOS:_____
AUSENCIAS:_____

Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Realización de visitas domiciliarias y seguimiento telefónico de los casos probables y confirmados de COVID -19 , de acuerdo a la secretaria de salud Municipal	X	
Realizar la toma de embalaje y de muestra para el diagnóstico del COVID-19 como lo indica el Instituto Nacional de Salud y según programación de la Secretaria de Salud Municipal		
La realización de las acciones de equipo de respuesta inmediata determinadas por el Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal.	X	

Realizar Inspección, vigilacion y seguimiento a la implementación de los planes de contingencia y Lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal sobre el Covid-19 en la Instituciones Prestadoras de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio de Municipio.	X	
Realizar logística relacionada con el transporte de las acciones de vigilancia epidemiológica y seguimiento a prestadoras y aseguradoras y en el marco de la Pandemia COVID-19		X
Implementar la estrategia de Pruebas, Rastreo y Aislamiento selectivo sostenible PRASS, inspección, vigilancia y seguimiento a la implementación de los planes de Contingencia y lineamiento definidos por el Ministerio de Salud y protección social, instituto Nacional de Salud y secretaria de Salud Municipal sobre el COVID-19 en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud y las entidades Administradoras de Planes de Beneficio del Municipio.		
Realizar los informes, diligenciamiento de formatos y base de datos completas, reportes, notificaciones, oportunamente de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal mediante un aplicativo IEC para el desarrollo de la estrategia PRASS	X	
Cumplir con las medidas de bioseguridad determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud en la ejecución de las acciones relacionadas con el COVID-19.	X	
Dar estricto cumplimiento al cronograma establecido por la secretaria de Salud Municipal para el desarrollo de las acciones de vigilancia epidemiológica es inspección vigilancia y seguimiento de las IPS y EAPB	X	

Otras Actividades que Realiza:	SI	NO ASIGNADA
Llamadas telefónicas a pacientes que estuvieron hospitalizados	X	
Visitas Domiciliarias	X	
Conducción de vehículo para transportar personal de la salud		X
Planes de seguimiento actividades secretaria de salud.	X	
Mencione otras:		

ITEM	Mencione Lugares de Toma de Muestras o visitas a IPS para el desarrollo de Actividades y Fechas en que se visitó. En el caso que desarrolle la actividad	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

ITEM	Mencione promedio de llamadas Diarias Estrategia Prass	
1		

NOMBRE DE TRABAJADOR EN MISION: NAKARIT YEZENIA OLAYA BENITEZ
NOMBRE DE SUPERVISOR DE ACTIVIDADES: NATALIA ANDREA QUINTERO



A TRAVEZ DEL PRESENTE DOCUMENTO, CERTIFICAMOS QUE EL TRABAJADOR EN MISION CUMPLIO, CON LA OBLIGACIONES CONTRACTUALES QUE INICIARON DESDE EL 29 DE DICIEMBRE AL 24 DE Enero 2021. PERIODO EVALUADO.

FIRMA DE CONTRATISTA: _____

Anexe

01 Foto por Semana de evidencia Fotografica de las siguientes semanas:

FECHA DE ENVIO OBLIGATORIO DEL PRESENTE INFORME : 30 de Enero 2021
ejecutivacomercial@temporalesunoa.com.co

