

<p>Apertura:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmación de Quórum. 2. Lectura del acta anterior • Al acta anterior se le da lectura en la presente reunión de SST para realizar seguimiento a las actividades propuestas para la presente semana del año 2020 • La enfermera jefe de esta sede la señora SOLEDAD DURAN lidera la realización asesorada virtualmente por MARTHA PARDO ARROYAVE y CARLOS CORDOBA CORTINA 3. Se procede a revisar los parámetros de la modalidad establecida para la continuidad de labores (presencial, tele consulta y teletrabajo) adquiridos con el Gobierno Nacional. 4. 	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Organización de actividades de SST para esta sede • Implementación del programa de pausas activas • Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud • Escogencia del Vigía ocupacional la próxima semana • Implementación de nuevos formatos para actividades de control ante la pandemia 	
---	--

Lugar: ADMINISTRACION

Fecha: 18/09/2020

ACTA DE REUNION

<p>Revisar y evaluar la implementación del SG-SST vigencia 2020 e implementar las acciones necesarias para seguir la mejora continua</p>	<p>Objetivo:</p>
--	-------------------------

Lugar: ADMINISTRACION

Fecha: 18/09/2020	Hora: 11:30 am – 12:20 m
-------------------	--------------------------

ACTA DE REUNION 06

- Se lee y aprueba la agenda de la reunión.
- Siguiendo con el cumplimiento del desarrollo de las actividades del SG-SST según Decreto 1072 de 2015 y las recomendaciones que en materia de prevención frente al COVID-19 que dispuso el ministerio de Salud a través de la resolución 0666 y 1155 de 2020 entre otras, el COPASST se dispone a realizar seguimiento a los siguientes aspectos:
1. Se definen que actividades están pendientes por desarrollar en sede san Juan para empezar a implementarlas la otra semana durante la realización de una visita del encargado de SST a esa sede
 2. Dentro de estas actividades se implementará la realización de pausas activas y se socializará el tema a todo el personal a través de un taller teórico práctico, de la misma manera se escogerá en conjunto con todo el personal el Vigía Ocupacional de la sede para mejorar y garantizar la implementación de la SST
 3. Se empezaron a diligenciar los formatos actualizados para el control de temperatura y la realización de encuestas Covid a pacientes y trabajadores
 4. Se verifica aplicación e implementación de la gestión de calidad en la sede, para mejorar los procesos empresariales

PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DE LA AGENDA

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

- Organización de actividades de SST para esta sede
- Implementación del programa de pausas activas
- Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
- Escogencia del Vigía ocupacional la próxima semana
- Implementación de nuevos formatos para actividades de control ante la pandemia

PRESENTACIÓN DE LA AGENDA

- Siendo las 11:30 am del día 18 de Septiembre del 2020 se reúnen en PYP de SANTA HELENA DEL VALLE IPS sede San Juan La enfermera jefe de esta sede la señora SOLEDAD DURAN virtualmente por MARTHA PARDO ARROYAVE Y CARLOS CORDOBA CORTINA

OBSERVACIONES

La visita del encargado de SST está programada para el martes 22 del presente mes

PARTICIPACIÓN DE LA ARL POSITIVA

- Se invitará al asesor de ARL POSITIVA de la región para que haga acompañamiento a la visita

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL COPASST O VIGIA

- El líder de COPPAST sede principal recomienda visitar urgentemente a sede san juan para activar el SG-SST de esa sede

5. PLAN DE MEJORAMIENTO

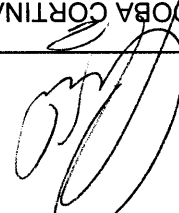
ACTIVIDAD PROGRAMADA	FECHA PLANEACIÓN	FECHA DE REALIZACIÓN	RESPONSABLE
Visita del encargado de SST a la sede	22-09-2020		SST
Implementación de formatos y programas de SST	22/09/2020		SST
Recibir asesorías de ARL POSITIVA	22/09/2020		SST

Asistentes:

Soledad Duran Caballero

SOLEDAD DURAN CABALLERO

Enfermera jefe

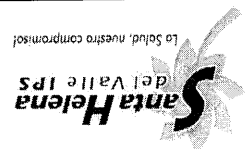


CARLOS CORDOBA CORTINA
SST

Representante COPASST Empleador

MARTHA PARDO ARROYAVE

Martha Pardo Arroyave



SANTA HELENA DEL VALLE IPS SEDE SAN JUAN GUAJIRA		COD:
ACTAS VIGIA OCUPACIONAL		VERSION: 1
FECHA: 01/08/2020		

REVISION CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCIÓN COVID-19

ENCUESTA SEGUIMIENTO A MIEMBROS DEL MINISTRO DEL 14 AL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2020

ASPECTOS A VERIFICAR

SE HA IDENTIFICADO LA CANTIDAD DE LOS EPP a entregar de acuerdo con número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?	X		
Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		
Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X		
Los EPP se están entregando oportunamente?	X		
Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X		
Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X		
Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	X		

FIRMAN: LIDER SEDE SAN JUAN *Sede Dirauc* MIEMBRO GOPASST *Shirley Henríquez* LIDER DE CALIDAD *Norma Sandoz*



AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

DESCARGAR INSTRCTIVO
EVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID

* Tipo de Documento Usuario

CÉDULA DE CIUDADANIA

* Número Documento del Usuario

1122406391

MARIELIS DEL ROSARIO GONZALEZ ARGOTE

SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS

Por favor contesta las siguientes preguntas con relación a tu estado de salud el día de hoy

<p>?Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)</p> <p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p> <p>Estoy Seguro</p> <p>NO <input type="radio"/> Seguro</p>			
<p>?Te has tomado la temperatura con un termómetro?</p> <p>SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Tengo Termómetro</p> <p>NO <input type="radio"/> Tengo Termómetro</p>			
<p>?Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?</p> <p>Resultado <input type="text" value="35.8"/> Grado Celsius (Centígrados)</p>			
<p>?Has presentado tos seca?</p> <p>Sin tos seca <input checked="" type="radio"/> Poca tos <input type="radio"/> Tos persistente <input type="radio"/></p>			
<p>?Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?</p> <p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p> <p>Estoy Seguro</p> <p>NO <input type="radio"/> Seguro</p>			
<p>?Has tenido "maledad general" ("malquera")?</p> <p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p> <p>Estoy Seguro</p> <p>NO <input type="radio"/> Seguro</p>			

<p>?Sientes que te duelen los músculos?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sin dolor</p> <p><input type="radio"/> Poco dolor</p> <p><input type="radio"/> Fuerte dolor</p>	<p>?Te duele la cabeza?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sin dolor</p> <p><input type="radio"/> Poco dolor</p> <p><input type="radio"/> Fuerte dolor</p>	<p>?Sientes que respiras normal?</p> <p><input checked="" type="radio"/> SI</p> <p><input type="radio"/> NO</p> <p><input type="radio"/> Estoy Seguro</p>	<p>?Sientes alguna molestia en el pecho? ("opresión o ardor")</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ninguna Molestia</p> <p><input type="radio"/> Poca Molestia</p> <p><input type="radio"/> Fuerte Molestia</p>	<p>?Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?</p> <p><input type="radio"/> SI</p> <p><input checked="" type="radio"/> NO</p> <p><input type="radio"/> Estoy Seguro</p>	<p>?Has tenido dolor de garganta?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sin dolor</p> <p><input type="radio"/> Poco dolor</p> <p><input type="radio"/> Fuerte dolor</p>	<p>?Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?</p> <p><input type="radio"/> SI</p> <p><input checked="" type="radio"/> NO</p> <p><input type="radio"/> Estoy Seguro</p>
--	--	--	---	--	--	--



AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19	
DESCARGAR INSTRUCTIVO EVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID	
* Tipo de Documento Usuario	CÉDULA DE CIUDADANIA ^
* Número Documento del Usuario	1065859364
	LUIS ANGEL LARIOS MENDIVIL
	SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS ^

Por favor contesta las siguientes preguntas con relación a tu estado de salud el día de hoy

<p>?Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)</p> <p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p> <p>Estoy Seguro</p>			
<p>? Te has tomado la temperatura con un termómetro?</p> <p>SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Tengo Termómetro</p>			
<p>? Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?</p> <p>Resultado <input type="text" value="36.3"/> Grado Celsius (Centígrados)</p>			
<p>?Has presentado tos seca?</p> <p>Sin tos seca <input checked="" type="radio"/> Poca tos <input type="radio"/> Tos persistente <input type="radio"/></p>			
<p>?Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?</p> <p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p> <p>Estoy Seguro</p>			
<p>?Has tenido "malestar general" ("malquera")?</p> <p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p> <p>Estoy Seguro</p>			

<p>? Sientes que te duelen los músculos?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sin dolor</p> <p><input type="radio"/> Poco dolor</p> <p><input type="radio"/> Fuerte dolor</p>	<p>? Te duele la cabeza?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sin dolor</p> <p><input type="radio"/> Poco dolor</p> <p><input type="radio"/> Fuerte dolor</p>	<p>? Sientes que respiras normal?</p> <p><input checked="" type="radio"/> SI</p> <p><input type="radio"/> NO</p> <p><input type="radio"/> Estoy Seguro</p>	<p>? Sientes alguna molestia en el pecho? ("opresión o ardor")</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ninguna Molestia</p> <p><input type="radio"/> Poca Molestia</p> <p><input type="radio"/> Fuerte Molestia</p>	<p>? Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?</p> <p><input type="radio"/> SI</p> <p><input checked="" type="radio"/> NO</p> <p><input type="radio"/> Estoy Seguro</p>	<p>? Has tenido dolor de garganta?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sin dolor</p> <p><input type="radio"/> Poco dolor</p> <p><input type="radio"/> Fuerte dolor</p>	<p>? Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?</p> <p><input type="radio"/> SI</p> <p><input checked="" type="radio"/> NO</p> <p><input type="radio"/> Estoy Seguro</p>
--	--	--	---	--	--	--



AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

DESCARGAR INSTRUCTIVO
 EVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID

*** Tipo de Documento Usuario**

CÉDULA DE CIUDADANIA ^

*** Número Documento del Usuario**

32183024

DIANA YANETH ALVARADO URREGO

SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS ^

Por favor contesta las siguientes preguntas con relación a tu estado de salud el día de hoy

<p>?Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)</p> <p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p> <p>Estoy Seguro</p> <p>NO <input type="radio"/></p>			
<p>?Te has tomado la temperatura con un termómetro?</p> <p>SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Tengo Termómetro</p> <p>NO <input type="radio"/></p>			
<p>?Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?</p> <p>Resultado <input type="text" value="36.0"/> Grado Celsius (Centígrados)</p>			
<p>?Has presentado tos seca?</p> <p>Sin tos <input checked="" type="radio"/> Poca tos <input type="radio"/> Tos persistente <input type="radio"/></p>			
<p>?Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?</p> <p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p> <p>Estoy Seguro</p> <p>NO <input type="radio"/></p>			
<p>?Has tenido "malestar general" ("malquera")?</p> <p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p> <p>Estoy Seguro</p> <p>NO <input type="radio"/></p>			

? Sientes que te duelen los músculos?	<input type="radio"/> Sin dolor	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
? Te duele la cabeza?	<input type="radio"/> Sin dolor	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
? Sientes que respiras normal?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Estoy Seguro
? Sientes alguna molestia en el pecho? ("opresión o ardor")	<input checked="" type="radio"/> Ninguna Molestia	<input type="radio"/> Poca Molestia	<input type="radio"/> Molestia	<input type="radio"/> Fuerte Molestia
? Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Estoy Seguro
? Has tenido dolor de garganta?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
? Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Estoy Seguro



ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMINISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECAS?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE:

Priscilla Gomez Hernandez

N° DOCUMENTO:

1122412424

ARL:

Priscilla

16-09-20



ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMINISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECAS?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHOR?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Milvans Aragon Mendez*

N° DOCUMENTO: *1122405063*

ARL:

16-09-2020

ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMINISTRATIVO(ARL)



HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHOS?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
DE TENER COVID-19? ALGUIEN SOSPECHOSO CONFIRMADO HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Andrés Ozcovega*
 N° DOCUMENTO: *1122412361*
 ARL:

16-09-2020

