

**ACTA DE REUNION 08**

**Hora:** 07:00 am – 07:40 am

**Fecha:** 25/09/2020

**Lugar:** ADMINISTRACION

**Objetivo:**

Revisar y evaluar la implementación del SG-SST vigencia 2020 e implementar las acciones necesarias para seguir la mejora continua

**ACTA DE REUNION**

**Fecha:** 25/09/2020

**Lugar:** ADMINISTRACION

- Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
- Programa de pausas activas
- Encuestas ARL Positiva
- 

**Apertura:**

1. Confirmación de Quórum.
2. Lectura del acta anterior

Al acta anterior se le da lectura en la presente reunión de COPASST para realizar seguimiento a las actividades de SST propuestas para la presente semana del año 2020, La doctora SANDRA RINCÓN, lidera la realización de la reunión asesorada por la Enfermera Soledad Durán Caballero

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
1. Siendo las 07:00 am del día 25 de Septiembre del 2020 se reúnen en P y P de SANTA HELENA DEL VALLE IPS sede San Juan la Enfermera Soledad Durán Caballero

y la Coordinadora General vía virtual, para realizar seguimiento a los procedimientos de SST y controles a contagios y propagación del Covid-19

### **PRESENTACIÓN DE LA AGENDA**

- Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
- Programa de pausas activas
- Encuestas ARL Positiva
- Dotación a la sede de elementos para distanciamiento social
- Escogencia de vigía ocupacional de la sede

### **DESARROLLO DE LA REUNIÓN**

#### **PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DE LA AGENDA**

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 está cumpliendo con la implementación de protocolos de bioseguridad en la IPS, para ello y mejorar la gestión se actualizó formato encuesta sintomatología Covid, y se entregaran a jefe de la sede nuevos formatos para dejar registros de actividades realizadas para el control de la pandemia
2. SST entrega a la Jefe de la sede la enfermera soledad Durán el programa de pausas activas y estilos de vida saludable para su socialización e implementación
3. Se realiza encuestas Covid-19 en portal de ARL Positiva
4. Se instalan elementos para distanciamiento social en esta sede para reforzar los controles contra el Covid-19, específicamente al personal de admisión y atención al usuario
5. Se planea para la próxima semana la escogencia del vigía ocupacional de esta sede, acción que se ha tenido que aplazar por temas de logística y de aumento de agenda laboral

#### **OBSERVACIONES**

La organización de la escogencia del vigía de la sede se realizará posterior visita de SST a

Sede San Juan.

**PARTICIPACIÓN DE LA ARL POSITIVA**

- Se invitará a asesor de la sede para que nos acompañe a la escogencia del vigía y nos asesore en su capacitación

**RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL COPASST O VIGÍA**

- El líder de COPPAST sede principal recomienda escoger prontamente el Vigía para esa sede

**6. PLAN DE MEJORAMIENTO**

**EI LÍDER DE LA SEDE SAN JUAN** acciones y aspectos a cumplir

ACTIVIDAD PROGRAMADA	FECHA PLANEACIÓN	FECHA DE REALIZACION	RESPONSABLE
Encuesta Alissta empleados	Semanal	Semanal	Líder de Calidad
Escogencia Vigía ocupacional	02/10/2020		SST
Recibir asesorías de ARL POSITIVA	02/10/2020	Abierta	Líder de Calidad

Asistentes:



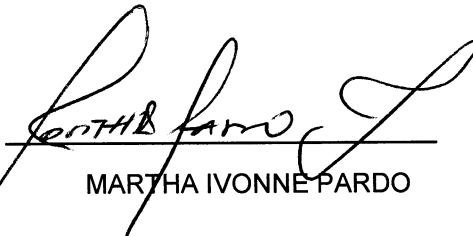
SHIRLY HERNANDEZ MENDOZA  
ARROYAVE

Representante COPASST Trabajadores



SOLEDAD DURÁN CABALLERO

Enfermera Jefe sede San Juan



MARTHA IVONNE PARDO

Representante COPASST Empleador



SANTA HELENA DEL VALLE IPS SEDE SAN JUAN GUAJIRA

COD:

ACTAS VIGÍA OCUPACIONAL

VERSIÓN: 1

FECHA: 01/08/2020

REVISIÓN CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCIÓN COVID-19

ENCUESTA SEGUIMIENTO APLICACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

DEL 21 AL 25 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

AL 100%

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:

MIEMBRO COPASST

MIEMBRO COPASST

ENCARGADO SEDE SAN JUAN



**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**

¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Tengo Termómetro
¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?	Resultado <input style="width: 50px;" type="text" value="35.8"/> Grado Celsius (Centígrados)		
¿Has presentado tos seca?	<input checked="" type="radio"/> Sin tos seca	<input type="radio"/> Poca tos	<input type="radio"/> Tos Persistente
¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido malestar general (“maluquera”)?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro

¿Sientes que te duelen los músculos?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Te duele la cabeza?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que respiras normal?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO 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"/> Fuerte Molestia
¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido dolor de garganta?	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro

<p><b>¿Has tenido diarrea?</b></p>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
<p><b>¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?</b> <i>(Para trabajadores de la Salud, conteste afirmativamente, en los casos de contacto menor a (1) metro de distancia y más de (15) minutos, sin uso de EPP)</i></p>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro

Los canales de atención establecidos por el Gobierno Nacional para detección del COVID-19 son las líneas telefónicas 192 (desde un celular) o 018000955590 (Línea nacional).

**#PositivaTeAcompaña**





### 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**

¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Tengo Termómetro
¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?	Resultado <input style="width: 50px;" type="text" value="36.0"/> Grado Celsius (Centígrados)		
¿Has presentado tos seca?	<input checked="" type="radio"/> Sin tos seca	<input type="radio"/> Poca tos	<input type="radio"/> Tos Persistente
¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido malestar general (“maluquera”)?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro

¿Sientes que te duelen los músculos?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Te duele la cabeza?	<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 type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO 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"/> Fuerte Molestia
¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido dolor de garganta?	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro

<b>¿Has tenido diarrea?</b>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
<b>¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?</b> <i>(Para trabajadores de la Salud, conteste afirmativamente, en los casos de contacto menor a (1) metro de distancia y más de (15) minutos, sin uso de EPP)</i>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro

Los canales de atención establecidos por el Gobierno Nacional para detección del COVID-19 son las líneas telefónicas 192 (desde un celular) o 018000955590 (Línea nacional).

**#PositivaTeAcompaña**



### AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

DESCARGAR INSTRUCTIVO  
EVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID

**\* 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**

¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Tengo Termómetro
¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?	Resultado <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35.7</span> Grado Celsius (Centígrados)		
¿Has presentado tos seca?	<input checked="" type="radio"/> Sin tos seca	<input type="radio"/> Poca tos	<input type="radio"/> Tos Persistente
¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido malestar general (“maluquera”)?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro

¿Sientes que te duelen los músculos?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Te duele la cabeza?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que respiras normal?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO 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"/> Fuerte Molestia
¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido dolor de garganta?	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro

<p><b>¿Has tenido diarrea?</b></p>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
<p><b>¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?</b> <i>(Para trabajadores de la Salud, conteste afirmativamente, en los casos de contacto menor a (1) metro de distancia y más de (15) minutos, sin uso de EPP)</i></p>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro

Los canales de atención establecidos por el Gobierno Nacional para detección del COVID-19 son las líneas telefónicas 192 (desde un celular) o 018000955590 (Línea nacional).

**#PositivaTeAcompaña**





**ASISTENCIA A CAPACITACION**

**VERSION 3**  
**FECHA 30/11/2017**

**Y/O ENTRENAMIENTO**

**Pagina 1 de 1**  
**DOCUMENTO CONTROLADO**

**TEMA:** Socialización programa Pausas Activas

**INSTRUCTOR:** Carlos Cordoba C.


**HORA INICIO:** 11:20 AM

**FECHA:** 22-09-20

**LUGAR:** Santa Helena Del Valle IPS

**HORA FINAL:** 11:40 AM

NOMBRE	CARGO	FIRMAS
Soledad Durán Caballero	Ent. jefe	Soledad Durán C.
 <b>FIRMA INSTRUCTOR</b>		

 <p><b>Santa Helena</b> del Valle IPS La Salud, nuestro compromiso!</p>	<b>FORMATO DE EVALUACION</b>	VERSIÓN 1
		FECHA: 01-04-2020
	<b>PROCESOS ASISTENCIALES SEDE SAN JUAN</b>	

FECHA	
TEMA A EVALUAR	PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD
NOMBRE DEL FUNCIONARIO	KAREM BARROS CUJIA
CARGO	GINECOLOGA

**MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA CORRECTA:**

1. ¿Qué elementos de protección personal utiliza en el desempeño laboral?

Guantes  Mascarilla Quirúrgica  Visor o Careta  Gorro  Gafas  
 Protectoras  Bata  Polainas  Ninguno

2. La higiene de manos con agua y jabón se debe realizar:

- A. Diaria
- B. Al llegar al trabajo
- C. Al salir del trabajo
- D. De manera recurrente (cada dos horas).
- E. Todas las anteriores
- F.

3. Diga con qué otra opción cuenta para realizar la higiene de manos:


Gel - Antibacterial - Alcohol

4. Al colocarse el tapabocas que medidas de cuidado debe tener:

Usarlo siempre para atender al usuario

5. La desinfección de las sillas del área de Recepción se realiza:


- A. Semanal
- B. Diario
- C. Mensual
- D. Cada hora
- E. Después que se retira el usuario

 <p><b>Santa Helena</b> del Valle IPS La Salud, nuestro compromiso!</p>	<b>FORMATO DE EVALUACION</b>	VERSIÓN 1
	<b>PROCESOS ASISTENCIALES SEDE SAN JUAN</b>	FECHA: 01-04-2020
		PÁGINA: 1 DE 1

FECHA	24-09-2020
TEMA A EVALUAR	PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD
NOMBRE DEL FUNCIONARIO	YAMIT PABÓN GONZALEZ
CARGO	MÉDICO INTERNISTA

**MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA CORRECTA:**


1. ¿Qué elementos de protección personal utiliza en el desempeño laboral?  
 Guantes  Mascarilla Quirúrgica  Visor o Careta  Gorro  Gafas  
 Protectoras  Bata  Polainas  Ninguno
  
2. La higiene de manos con agua y jabón se debe realizar:
  - A. Diaria
  - B. Al llegar al trabajo
  - C. Al salir del trabajo
  - D. De manera recurrente (cada dos horas).
  - E. Todas las anteriores
  - F.
  
3. Diga con qué otra opción cuenta para realizar la higiene de manos:  
Alcohol y gel
  
4. Al colocarse el tapabocas que medidas de cuidado debe tener:  
NO sujetarlo con las manos sucias
  
5. La desinfección de las sillas del área de Recepción se realiza:
  - A. Semanal
  - B. Diario
  - C. Mensual
  - D. Cada hora
  - E. Después que se retira el usuario

 <p><b>Santa Helena</b> del Valle IPS <i>La Salud, nuestro compromiso!</i></p>	<b>FORMATO DE EVALUACION</b>	VERSIÓN 1
	<b>PROCESOS ASISTENCIALES SEDE SAN JUAN</b>	FECHA: 01-04-2020
		PÁGINA: 1 DE 1

<b>FECHA</b>	24-09-2020
<b>TEMA A EVALUAR</b>	PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD
<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>	MARY MAR TORRES OROZCO
<b>CARGO</b>	MÉDICO PEDIATRA

**MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA CORRECTA:**

1. ¿Qué elementos de protección personal utiliza en el desempeño laboral?  
 Guantes  Mascarilla Quirúrgica  Visor o Careta  Gorro  Gafas  
 Protectoras  Bata  Polainas  Ninguno
  
2. La higiene de manos con agua y jabón se debe realizar:
  - A. Diaria
  - B. Al llegar al trabajo
  - C. Al salir del trabajo
  - D. De manera recurrente (cada dos horas).
  - E. Todas las anteriores
  - F.
  
3. Diga con qué otra opción cuenta para realizar la higiene de manos:  
Gel-Alcohol
  
4. Al colocarse el tapabocas que medidas de cuidado debe tener:  
Que cubra nariz y boca y mentón
  
5. La desinfección de las sillas del área de Recepción se realiza:
  - A. Semanal
  - B. Diario
  - C. Mensual
  - D. Cada hora
  - E. Después que se retira el usuario

 <p><b>Santa Helena</b> del Valle IPS La Salud, nuestro compromiso!</p>	<b>FORMATO DE EVALUACION</b>	VERSIÓN 1
		FECHA: 01-04-2020
	<b>PROCESOS ASISTENCIALES SEDE SAN JUAN</b>	

<b>FECHA</b>	24-09-2020
<b>TEMA A EVALUAR</b>	PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD
<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>	BRIAN JOSÉ GAMEZ MARTINEZ
<b>CARGO</b>	MÉDICO GENERAL

**MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA CORRECTA:**

1. ¿Qué elementos de protección personal utiliza en el desempeño laboral?

Guantes  Mascarilla Quirúrgica  Visor o Careta  Gorro  Gafas  
 Protectoras  Bata  Polainas  Ninguno

2. La higiene de manos con agua y jabón se debe realizar:

- A. Diaria
- B. Al llegar al trabajo
- C. Al salir del trabajo
- D. De manera recurrente (cada dos horas).

E. Todas las anteriores

F.

3. Diga con qué otra opción cuenta para realizar la higiene de manos:


Alcohol - gel.

4. Al colocarse el tapabocas que medidas de cuidado debe tener:

De utilizar si está muy impregnado de sudor

5. La desinfección de las sillas del área de Recepción se realiza:

- A. Semanal
- B. Diario
- C. Mensual
- D. Cada hora
- E. Después que se retira el usuario

 <p><b>Santa Helena</b> del Valle IPS La Salud, nuestro compromiso!</p>	<b>FORMATO DE EVALUACION</b>	VERSIÓN 1
	<b>PROCESOS ASISTENCIALES SEDE SAN JUAN</b>	FECHA: 01-04-2020
		PÁGINA: 1 DE 1

<b>FECHA</b>	24-09-2020
<b>TEMA A EVALUAR</b>	PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD
<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>	MARIA MENDOZA BERMUDEZ
<b>CARGO</b>	MÉDICO GENERAL

**MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA CORRECTA:**

1. ¿Qué elementos de protección personal utiliza en el desempeño laboral?

Guantes  Mascarilla Quirúrgica  Visor o Careta  Gorro  Gafas Protectoras  Bata  Polainas  Ninguno

2. La higiene de manos con agua y jabón se debe realizar:

- A. Diaria
- B. Al llegar al trabajo
- C. Al salir del trabajo
- D. De manera recurrente (cada dos horas).
- E. Todas las anteriores
- F.

3. Diga con qué otra opción cuenta para realizar la higiene de manos:


Entre Atenciones a pacientes con Alcohol

4. Al colocarse el tapabocas que medidas de cuidado debe tener:

No tocar parte frontal con las manos

5. La desinfección de las sillas del área de Recepción se realiza:


- A. Semanal
- B. Diario
- C. Mensual
- D. Cada hora
- E. Después que se retira el usuario

 <p><b>Santa Helena</b> del Valle IPS La Salud, nuestro compromiso!</p>	<b>FORMATO DE EVALUACION</b>	VERSIÓN 1
	<b>PROCESOS ASISTENCIALES SEDE SAN JUAN</b>	FECHA: 01-04-2020
		PÁGINA: 1 DE 1

<b>FECHA</b>	24-09-2020
<b>TEMA A EVALUAR</b>	PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD
<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>	ANDRÉS A. OROZCO VEGA
<b>CARGO</b>	MÉDICO GENERAL

**MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA CORRECTA:**

1. ¿Qué elementos de protección personal utiliza en el desempeño laboral?  
 Guantes  Mascarilla Quirúrgica  Visor o Careta  Gorro  Gafas  
 Protectoras  Bata  Polainas  Ninguno
  
2. La higiene de manos con agua y jabón se debe realizar:
  - A. Diaria
  - B. Al llegar al trabajo
  - C. Al salir del trabajo
  - D. De manera recurrente (cada dos horas).
  - E. Todas las anteriores
  - F.
  
3. Diga con qué otra opción cuenta para realizar la higiene de manos:  
Cada vez que toque elementos contaminados con Ael y Alcohol
  
4. Al colocarse el tapabocas que medidas de cuidado debe tener:  
Agarrarlo por los cachos.
  
5. La desinfección de las sillas del área de Recepción se realiza:
  - A. Semanal
  - B. Diario
  - C. Mensual
  - D. Cada hora
  - E. Después que se retira el usuario

 <p><b>Santa Helena</b> del Valle IPS La Salud, nuestro compromiso!</p>	<b>FORMATO DE EVALUACION</b>	VERSIÓN 1
	<b>PROCESOS ASISTENCIALES SEDE SAN JUAN</b>	FECHA: 01-04-2020
		PÁGINA: 1 DE 1

FECHA	24-09-2020
TEMA A EVALUAR	PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD
NOMBRE DEL FUNCIONARIO	SILVANA J. ARAGÓN MENDOZA
CARGO	MÉDICO GENERAL

**MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA CORRECTA:**

1. ¿Qué elementos de protección personal utiliza en el desempeño laboral?

Guantes  Mascarilla Quirúrgica  Visor o Careta  Gorro  Gafas  
 Protectoras  Bata  Polainas  Ninguno

2. La higiene de manos con agua y jabón se debe realizar:

- A. Diaria
- B. Al llegar al trabajo
- C. Al salir del trabajo
- D. De manera recurrente (cada dos horas).
- E. Todas las anteriores
- F.

3. Diga con qué otra opción cuenta para realizar la higiene de manos:

según exigencias de la atención del.

4. Al colocarse el tapabocas que medidas de cuidado debe tener:

No reutilizar si es desechable

5. La desinfección de las sillas del área de Recepción se realiza:

- A. Semanal
- B. Diario
- C. Mensual
- D. Cada hora
- E. Después que se retira el usuario



	<b>LISTA DE CHEQUEO INGRESO PACIENTE</b>	VERSION: 1
		FECHA: 23-04-2020
		PAGINA 1 DE 1

**FECHA:** 22-09-20

Nombre del paciente	<i>Isbelued Durán C.</i>
N° de Identificación	<i>49731717</i>
Temperatura al ingreso	<i>35.8</i>

Realice las siguientes preguntas		SI	NO	Observaciones
Usted ha presenta alguno de los siguientes síntomas	Tos		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Falta de aliento (Dificultad respiratoria)		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Salida de líquido por nariz (Rinorrea)		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Dolor de garganta		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Malestar general		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Fiebre > 38 °C		<input checked="" type="checkbox"/>	
Usted ha tenido alguna de estas situaciones	Ha estado en contacto estrecho con personas con COVID – 19 confirmado?		<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Isbelued Durán</i>

**FIRMA:**

	<b>LISTA DE CHEQUEO INGRESO PACIENTE</b>	VERSION: 1
		FECHA: 23-04-2020
		PAGINA 1 DE 1

**FECHA:** 22-09-20

Nombre del paciente	<i>Ariana Herrera Meneses</i>
N° de Identificación	<i>26.864055</i>
Temperatura al ingreso	<i>36.0</i>

Realice las siguientes preguntas		SI	NO	Observaciones
Usted ha presenta alguno de los siguientes síntomas	Tos		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Falta de aliento (Dificultad respiratoria)		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Salida de líquido por nariz (Rinorrea)		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Dolor de garganta		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Malestar general		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Fiebre > 38 °C		<input checked="" type="checkbox"/>	
Usted ha tenido alguna de estas situaciones	Ha estado en contacto estrecho con personas con COVID – 19 confirmado?		<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ariana Herrera</i>

**FIRMA:**

	<b>LISTA DE CHEQUEO INGRESO PACIENTE</b>	VERSION: 1
		FECHA: 23-04-2020
		PAGINA 1 DE 1

**FECHA:** 25-9-20

<b>Nombre del paciente</b>	<i>Sybedad Durán C.</i>
<b>N° de Identificación</b>	<i>49.731717</i>
<b>Temperatura al ingreso</b>	<i>36.3</i>

Realice las siguientes preguntas		SI	NO	Observaciones
<b>Usted ha presenta alguno de los siguientes síntomas</b>	Tos		/	
	Falta de aliento (Dificultad respiratoria)		/	
	Salida de líquido por nariz (Rinorrea)		/	
	Dolor de garganta		/	
	Malestar general		/	
	Fiebre > 38 °C		/	
<b>Usted ha tenido alguna de estas situaciones</b>	Ha estado en contacto estrecho con personas con COVID – 19 confirmado?		/	

**FIRMA:**

	<b>LISTA DE CHEQUEO INGRESO PACIENTE</b>	VERSION: 1
		FECHA: 23-04-2020
		PAGINA 1 DE 1

**FECHA:**

<b>Nombre del paciente</b>	<i>Ariana Herrera Meneses</i>
<b>N° de Identificación</b>	<i>26.864.005</i>
<b>Temperatura al ingreso</b>	<i>38.9</i>

Realice las siguientes preguntas		SI	NO	Observaciones
<b>Usted ha presenta alguno de los siguientes síntomas</b>	Tos		/	
	Falta de aliento (Dificultad respiratoria)		/	
	Salida de líquido por nariz (Rinorrea)		/	
	Dolor de garganta		/	
	Malestar general		/	
	Fiebre > 38 °C		/	
<b>Usted ha tenido alguna de estas situaciones</b>	Ha estado en contacto estrecho con personas con COVID – 19 confirmado?		/	<i>Ariana Herrera</i>

**FIRMA:**



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

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

NOMBRE: Karen Barros Cujia

N° DOCUMENTO: 11129.500104

ARL: Particia

25-9-2020



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

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

NOMBRE: *Andrés Orozco Vega*

N° DOCUMENTO: *1'122.412361*

*25-09-2020*

ARL:



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

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

NOMBRE: *María Menéndez Bermúdez*

N° DOCUMENTO: *1.122.401.046*

ARL: *—*

*24-09-2020*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

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

NOMBRE:

*Milvana Aragón Mendoza*

N° DOCUMENTO:

*1.122.405.063*

ARL:

*Positiva*

*24-09-2020*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: YAMIT PABON GONZALEZ

N° DOCUMENTO: 1.017.125.011

23-09-20

ARL: \_\_\_\_\_



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

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

NOMBRE: *Brian Gámez Martínez*

N° DOCUMENTO: *1.122.412.421*

ARL: *Resitiva*

*23-09-2020*





## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TÉ DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSOO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: YAMIT FABON G.

N° DOCUMENTO: 1.017-125.011

ARL:

22-9-2020