

ACTA DE REUNION 29

Hora: 1: 00pm – 1:40 pm

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

- Actualización programa pausas activas
- Capacitaciones y socializaciones
- Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
- Reacondicionamiento de puestos de trabajo
- Revisión resultados auditoría de secretaría municipal de salud
- Revisión resultados auditoría de Min salud seccional Valledupar
- Jornada de vacunación a funcionarios contra la Influenza
- Re acondicionamiento de vestier para personal asistencial

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

3. La doctora MARTHA PARDO, lidera la realización de la reunión asesorada por la doctora XIOMARA SANCHEZ y SHIRLEY HERNANDEZ representante del Copasst
4. 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

Siendo las 01:00 pm del día 25 de Septiembre del 2020 se reúnen en la oficina de recursos humanos de SANTA HELENA DEL VALLE IPS S.A.S el líder de COPASST, el líder de Calidad y la Coordinadora General para revisar aspectos de SST y otros relacionados con el manejo de los protocolos Covid-19

PRESENTACIÓN DE LA AGENDA

- Actualización programa pausas activas
- Capacitaciones y socializaciones
- Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
- Reacondicionamiento de puestos de trabajo
- Revisión resultados auditoría de secretaría municipal de salud
- Revisión resultados auditoría de Min salud seccional Valledupar
- Jornada de vacunación a funcionarios contra la Influenza
- Re acondicionamiento de vestier para personal asistencial

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 actualiza programa pausas activas en la IPS, se socializa y se implementa a funcionarios
2. Se realizan capacitaciones para el control del covid-19, capacitaciones sobre Políticas institucionales y reglamento interno de trabajo
3. Se verifica el cumplimiento de lavado de manos de manera frecuente, desinfección de puestos de trabajo, desinfección general de la IPS, uso del tapabocas, guantes, cofia, alcohol, gel, jabón antibacterial, uso de ropa protectora para personal asistencial, toma de temperaturas y realización de encuestas

4. Se planea reacondicionar puestos de trabajo para mejorar la atención al usuario y las condiciones ergonómicas y biomecánicas de nuestros funcionarios
5. Revisión resultados auditoría de secretaría municipal de salud y min trabajo, se planea reunión para el próximo lunes 28 de septiembre en donde se acordarán estrategias a seguir dentro de un plan de mejoramiento integral en SST y Calidad
6. Jornada de vacunación a funcionarios contra la Influenza, cuyo objetivo es disminuir la probabilidad de contagio con el virus del Covid-19
7. Se acondicionará el día sábado, parte del baño cercano al parqueadero como vestier para personal asistencial, con casillero, separación y caneca para ropa quirúrgica

OBSERVACIONES

N/A

PARTICIPACIÓN DE LA ARL POSITIVA

- Enviamos a ARL POSITIVA reporte de seguimiento e información sobre el estado de cumplimiento de nuestro sistema de gestión en SST

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL COPASST

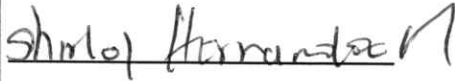
- Crear la cultura del autocuidado a través de la realización de las pausas activas

8. PLAN DE MEJORAMIENTO

EI COPASST verifica su cumplimiento de recomendaciones

ACTIVIDAD PROGRAMADA	FECHA PLANEACIÓN	FECHA DE REALIZACION	RESPONSABLE
Se recomienda cambio de clave de acceso a portal de ARL Positiva	28-09-20		SST
Reportes semanales a Min trabajo	Semanal	Semanal	SST
Retroalimentación al usuario sobre normas de prevención	Semanal	Semanal	Viryen Fernández

Asistentes:



SHIRLY HERNANDEZ MENDOZA
ARROYAVE

Representante COPASST Trabajadores




XIOMARA SANCHEZ

Gestor de Calidad



MARTHA IVONNE PARDO

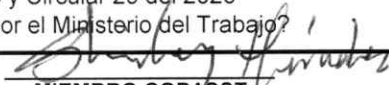


Representante COPASST Empleador

 <p>Santa Helena del Valle IPS <i>La Salud, nuestro compromiso!</i></p>	SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS	COD:
	ACTAS VIGÍA OCUPACIONAL	VERSIÓN: 1
		FECHA: 01/08/2020

REVISION CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCIÓN COVID-19

ENCUESTA SEGUIMIENTO A MEDIDAS DE CONTROL MINSALUD

DEL 21 AL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2020

ASPECTOS A VERIFICAR	RESPUESTAS		OBSERVACIONES
	SI	NO	
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 SST



ASISTENCIA A CAPACITACION

VERSION

3

FECHA

30/11/2017

Y/O ENTRENAMIENTO

Página 1 de 1
DOCUMENTO CONTROLADO

TEMA: LAVADO DE MANOS Y USO ADECUADO DEL TAPA BOCA

INSTRUCTOR: UPryen Pina Fernández

HORA INICIO:

FECHA: 23/SEPTIEMBRE/17

LUGAR: Santa Helena Del Valle IPS

HORA FINAL:

NOMBRE	CARGO	FIRMAS
Olga P. de Ariza.	Ama de Casa	
Kathleen Vergara Dato.	Aux. Enfermera	
KEIBUS OBESO	USUARIO	KEIBUS
aliy Cañas	usuario	aliy Cañas
Karimel Acuña Sarabia	USUARIA	Karimel M.
Karen Armenta POYS	Instrumentada	Karen A.
Maria Angel Quintana Ch.	USUARIA	Maria Angel

FIRMA INSTRUTOR



ASISTENCIA A CAPACITACION

VERSION 3

FECHA 30/11/2017

Y/O ENTRENAMIENTO

Pagina 1 de 1
DOCUMENTO CONTROLADO

TEMA: USO CORRECTO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CEPPD.

INSTRUCTOR: Viryen Pina Fernandez.

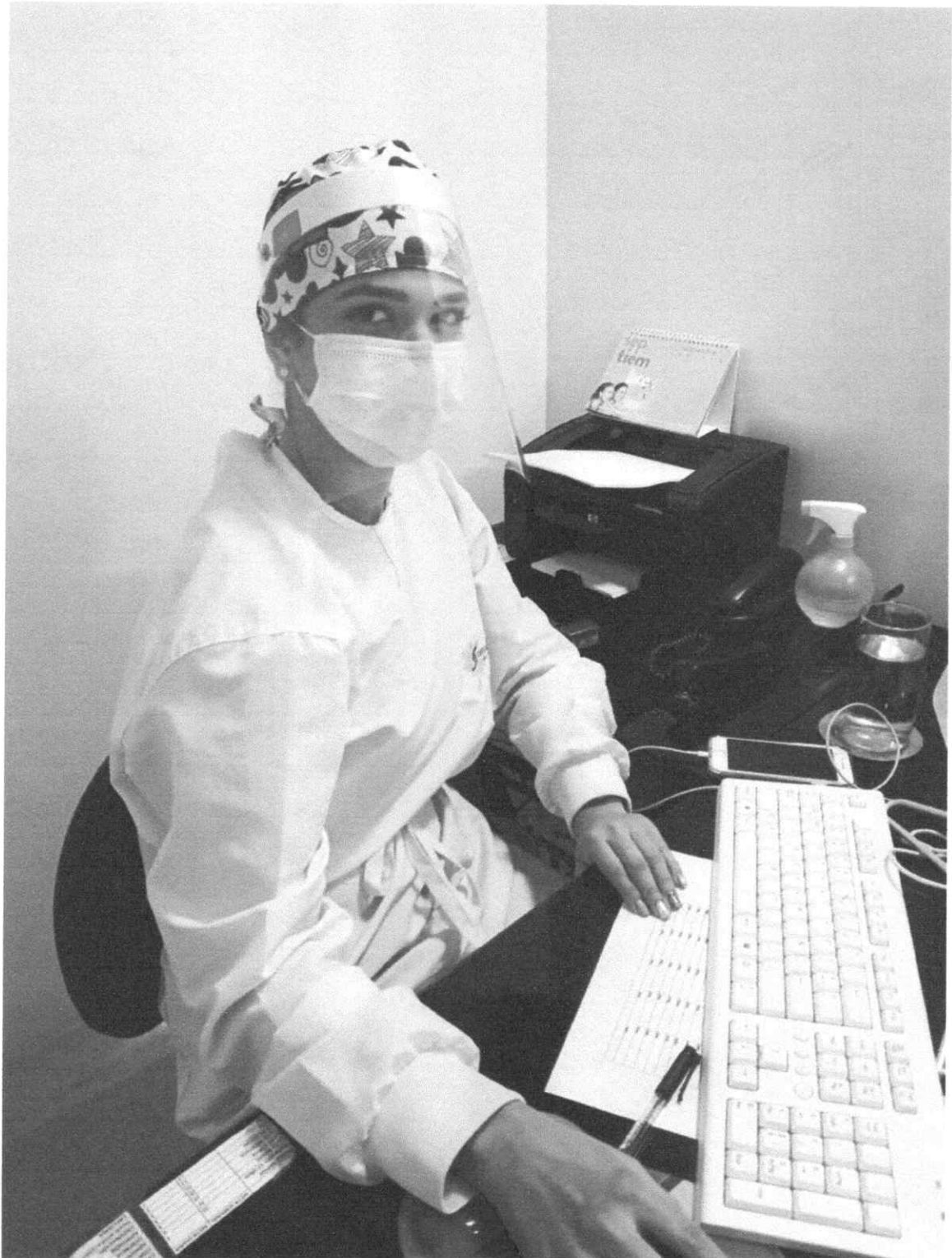
HORA INICIO:

FECHA: 21/Septiembre/20 LUGAR: Santa Helena Del Valle IPS

HORA FINAL:

NOMBRE	CARGO	FIRMAS
Andrea Somo Gutteno	Medico G.	Andrea Somo
Maria Mercedes Perez.	Medico.	M. Mercedes Perez
Rosario M. Olvera Lopez.	Medico.	Rosario Olvera
Blanca Esthela Pina Lopez	Enfermera.	Blanca Pina
Johadys Jose Mendocza.	Aux. Enfer.	Johadys M.
Guadalupe Hernandez C.	Ginecologa	Guadalupe
UNESSA Montoya B.	ENFERMERA.	UNESSA MB.
Evadonis Suarez Rodriguez	Enfermera.	Evadonis.

FIRMA INSTRUTOR



¿Cómo lavarse las manos?

1 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos

0



Mójese las manos con agua:

1



Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos:

2



Frótese las palmas de las manos entre sí;

3



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa:

4



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados:

5



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos:

6



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa:

7



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa:

8



Enjuáguese las manos con agua;

9



Séquese con una toalla desechable:

10



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo:

11



Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA SALUDA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands



ASISTENCIA A CAPACITACION

VERSION 3

FECHA 30/11/2017

Y/O ENTRENAMIENTO

Pagina 1 de 1
DOCUMENTO CONTROLADO

TEMA: COVID-19 - Distanciamiento social.

INSTRUCTOR: Janyer Pina Fernández

HORA INICIO:

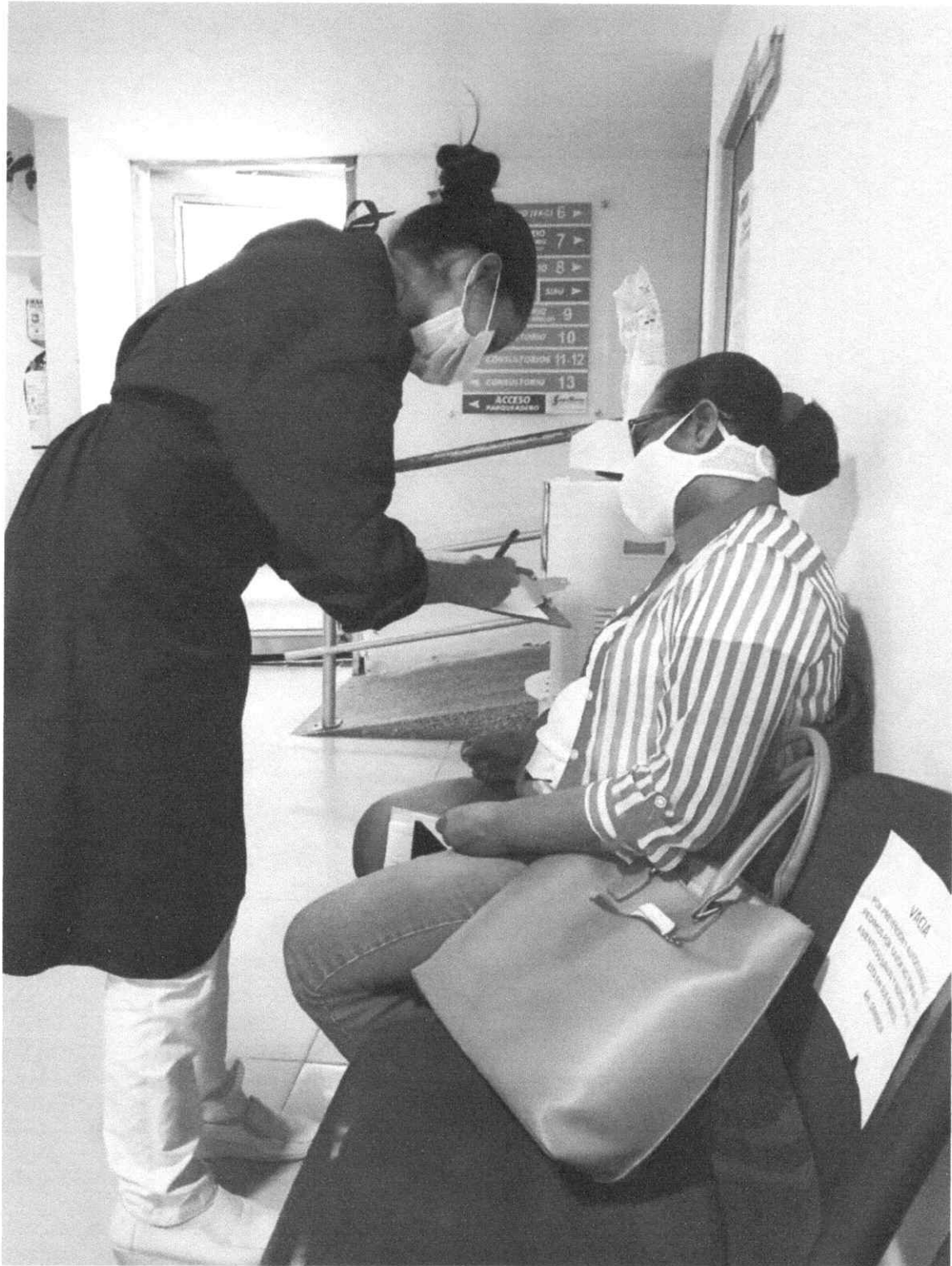
FECHA: 22 Septiembre

LUGAR: Santa Helena Del Valle IPS

HORA FINAL:

NOMBRE	CARGO	FIRMAS
Hamilie Fontalvo Contreras	USUARIO	Hamilie Fontalvo
Estefani Muñoz Mascote	USUARIO	Estefani Muñoz Mascote
Paola Boitrago Rios	USUARIO	Paola B.
CLAUDIA MENDOZA GONZALEZ	USUARIA	CLAUDIA MENDOZA
Johana Alejandra D.		Johana
Melany Gabriel Reyes Lopez	USUARIA	Melany Reyes
Iudis Vargas Cordoba	USUARIA	Iudis Vargas

FIRMA INSTRUTOR



TEMA: Políticas Alcohol y Drogas - SST y Reglamento interno de Trabajo

INSTRUCTOR: Carlos Coroboz Cortina

HORA INICIO: 9:30 AM

FECHA: 24-09-2020 LUGAR: Santa Helena Del Valle IPS

HORA FINAL:

NOMBRE	CARGO	FIRMAS
JANESSA MONTA B	ENFERMERA	JANESSA MB
VIRGIL PINO FERNANDEZ	Act-ENF.	Virgilio
Edadornis Suarez R	Enfermera	Edadornis R
Rosalia M. Ojeda L.	Medico	Rosalia Ojeda
Wilson M. B. B. B. B.	Contable	Wilson
Wilmer Alberto Hinosaica	Aux. Contable	Wilmer Hinosaica
Harold David Escamilla O-	Soporte tecnico	Harold EO
Andres Sierra Cortina	Medico General	Andres
Katia Ovalle Juncos	admission	Katia Ovalle
Maithe Quintero	Aux. Call Center	Maithe Q
Enxyma Rocío Ditta Arce	Archivo	Enxyma Ditta
Shirley Hernandez Mandat	Admissionista	Shirley Hernandez
Martelis Diaz Perez	Aux. Enfem.	Martelis D.
Javier Leonidas M	Medico	Javier
Leipzig Amayo Castro	Aux de ENF	Leipzig A.
Johannes Mendosa Lopez	Aux ENFERMERIA	JOHANNES M.

FIRMA INSTRUCTOR



ASISTENCIA A CAPACITACION

VERSION 3
FECHA 30/11/2017

Y/O ENTRENAMIENTO

Pagina 1 de 1
DOCUMENTO CONTROLADO

TEMA: Implementación Programa Pausas Activas

INSTRUCTOR: Carlos Córdoba Cortina

HORA INICIO: 10:00 AM


FECHA: 24-09-2020

LUGAR: Santa Helena Del Valle IPS

HORA FINAL:

NOMBRE	CARGO	FIRMAS
Severo M. B. B.	Contable	[Firma]
Wilmer Alberto Hinerosa C.	Aux. contable	Wilmer Hinerosa
Vivian Pina Fernandez	Aux. enferm.	Vivian
Harold Escamilla O.	Soporte tecnico	[Firma]
Andrea Somo Quintero	Medico General	[Firma]
Patry Ovulle Juncos	admission	Patry Ovulle
Maithe Quintana	Aux. callcenter	Maithe Q.
Tonyys Paez Ditto A	ARCHIVO	Tonyys Ditto
Shirley Honorata Mendez	admissionist	Shirley Mendez
Margelis Diaz Perez	Aux. enfermer	Margelis D.
Javier Leonidas M	deod. m	[Firma]
Jesica Amaya Castro	Aux. lizer	Jesica A.
JHAYDES MENDOZA Lopez	AUX. ENFERMERIA	JHAYDES M.

[Firma del instructor]
FIRMA INSTRUCTOR

	SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS	VERSIÓN: 1
	PROGRAMA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	FECHA: 2020/07/30

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General


Promover en la empresa **SANTA HELENA DEL VALLE IPS** estilos de Vida Saludables, que permitan generar salud física y mental en los trabajadores, evitando la generación de fatiga y estrés, aumentando así la productividad en la empresa.

1.2. Objetivos Específicos

- Sensibilizar al personal, sobre la importancia de llevar estilo de vida saludable, para mantener un buen estado de bienestar físico, mental y social.
- Desarrollar actividades de promoción y prevención en salud en el trabajo.
- Programar jornadas lúdicas, que permita la interacción entre los trabajadores.
- Sensibilizar a los trabajadores sobre la importancia de una alimentación equilibrada y la relación entre ésta y el estado de salud.

2. ALCANCE

El presente programa aplica a todo el personal operativo, administrativo y asistencial de **SANTA HELENA DEL VALLE IPS**, como proceso de capacitación y entrenamiento.

	SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS	VERSIÓN: 1
	PROGRAMA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	FECHA: 2020/07/30

3. RESPONSABLES

Coordinador del Sistema de Gestión en Seguridad, Salud en el trabajo y Ambiente.


- Garantiza que para la ejecución del programa se tengan en cuenta a todos los empleados de la empresa.
- Verifica que la empresa cuente con los recursos técnicos, humanos para hacerlo.
- Se asegura de dictar charlas en los puestos de trabajo en temas de fomento de vida saludable como son hipertensión, nutrición balanceada, ETS, política sobre drogadicción, alcoholismo y tabaquismo, practica de ejercicios físicos, abandono de la vida sedentaria, realización de pausas activas en el trabajo, fortalecer las buenas relaciones personales, cultivar la paz mental, dormir bien, entre otros hábitos saludables.

Gerentes

- Suministra los recursos técnicos, humanos y económicos necesarios para la ejecución del programa.
- En las ocasiones que lo estime conveniente puede recurrir a asesores externos a la empresa para que participen en el proceso de charlas y jornadas que fomenten estilo de vida saludable.

Personal Operativo, Administrativo y Asistencial

- Colabora y cumple con todas las actividades programadas por la empresa para fomentar estilo de vida saludable.

	SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS	VERSIÓN: 1
	PROGRAMA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	FECHA: 2020/07/30

RESPONSABLES DE APOYO

Asesor SST, asesor de ARL Positiva u otra entidad certificada.

Participar en las charlas y actividades de estilos de vida saludables que se brindan a los trabajadores de **SANTA HELENA DEL VALLE IPS**

4. DEFINICIÓN

El estilo de vida saludable, es la actitud que tomamos frente a los problemas, la forma de llevar la vida, lo que decidimos hacer, como nos relacionamos con los demás, los deportes que practicamos, la alimentación que ingerimos, la hora en que descansamos y nos levantamos. Lo anterior es lo que hace que tengamos o no un estilo de vida saludable y una vida sana.





5. ACTIVIDADES A DESARROLLAR

A fin de promover, mantener y mejorar la salud de los trabajadores, así como el aumento de la productividad, se desarrollaran una serie de actividades que tienen como objetivo facilitar, apoyar y fomentar la elección de alternativas tendientes a la adquisición de hábitos saludables, tales como son:

- Incentivar la actividad física mediante la incorporación de actividades de promoción y prevención en salud en el trabajo.
- Dictar charlas en los puestos de trabajo en temas de fomento de vida saludable como son control a la hipertensión, Alimentación balanceada, nutrición, ejercicios físicos, estimular la práctica de deportes, pausas activas, evitar la enfermedades de transmisión sexual, el alcoholismo y el tabaquismo, prevención de cáncer, prevención de VIH sida y normas de Higiene y seguridad.
- Proveer información escrita sobre temas específicos que preocupen a los trabajadores la cual será expuesta en cartelera.



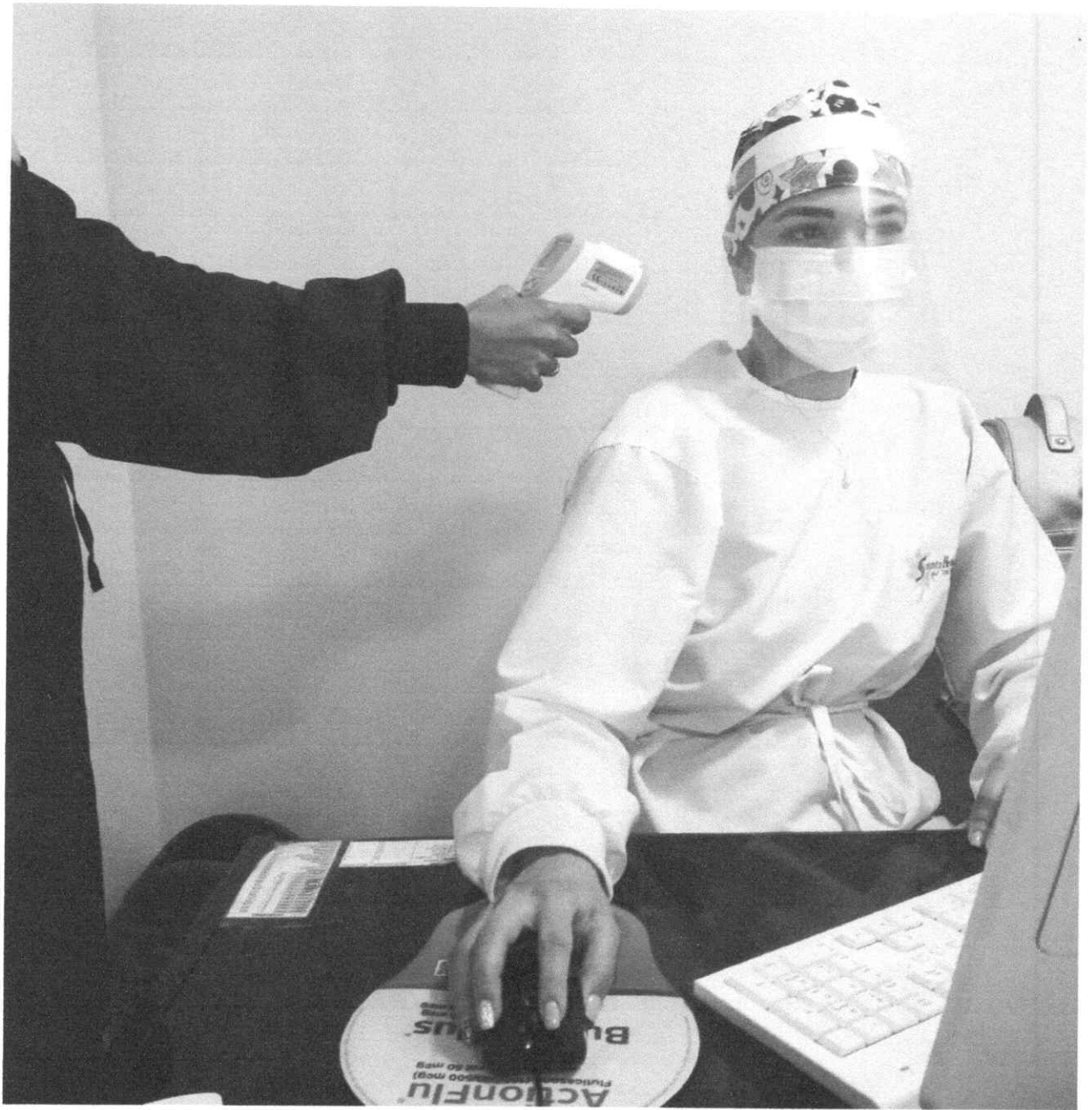
FECHA	HORA DE ENTREGA	NOMBRE Y APELLIDOS	EPP ENTREGADOS	FIRMA
12/09/20	7:00am	Rosana Oribeles CARGO: TAG.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Rosana Oribeles
12/09/20	7:00am	FRANCO TR. PAEZ CARGO: TAG.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Francisco Paez
12/09/20	7:00am	Andrea Sterni CARGO: TAG.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Andrea Sterni
12/09/20	7:00am	JANER TRUENDORA CARGO: TAG.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	JANER TRUENDORA
12/09/20	7:00am	Eulador's Suarez CARGO: Enfermera.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Eulador's
12/09/20	7:00am	Bianca Pino CARGO: Enfermera.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Bianca Pino
12/09/20	7:30am	Johadys Truendora CARGO: AUX. ENF.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Johadys Truendora

 <small>La Salud es un bien compartido</small>		FORMATO DE ENTREGA DE EPP PARA LA ATENCION DE PACIENTES				Version 1 07/04/2020 Página 1 de 1	
FECHA	HORA DE ENTREGA	NOMBRE Y APELLIDOS	EPP ENTREGADOS	FIRMA			
21/09/20	7:00am	Doris Zabala CARGO: Nutricionista	BATA ,GORRO,GAFAS,TAPA BOCA ,POLAINAS, ,CARETA,GUANTES.				
21/09/20	7:00am	Rosana Ojiteros CARGO: T.G.	BATA ,GORRO,GAFAS,TAPA BOCA ,POLAINAS, ,CARETA,GUANTES.				
21/09/20	7:00am	Maria M. Perez CARGO: T.G.	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA ,POLAINAS,CARETA,GUANTES.	Maria M. PAREZ			
21/09/20	7:00am	Leodan Parada CARGO: T.G.	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA,POLAINAS,CARETA,GUANTES.				
21/09/20	7:00am	Eva Oros Sarez CARGO: Enfermera.	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA,POLAINAS,CARETA,GUANTES.	Eva Oros.			
21/09/20	7:00am	Blanca Pino CARGO: Enfermera	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA,POLAINAS,CARETA,GUANTES.	Blanca P.			
21/09/20	7:00am	Johady Mendoza CARGO: aux. Enfermera	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA,POLAINAS,CARETA,GUANTES.	JOHADYS M.			



**FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS EXPUESTOS A INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS**

FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO	TEMPERATURA	FIRMA
21/09/20	7:00am	4:30pm	SHIRLEY HERNANDEZ	ADMISION	36.03°C	<i>[Signature]</i>
21/09/20	7:00am	12:30pm	DORAISY SANABRIA	NUTRICIONISTA	36.00°C	<i>[Signature]</i>
21/09/20	7:00am	12:30pm	ROSANA OLIVEROS	TAG	36.30°C	<i>[Signature]</i>
21/09/20	7:00am	12:30pm	MARIA M. PAEZ	TAG	36.00°C	MARIA M. PAEZ
21/09/20	7:00am	12:30pm	LEOPOLDAN PARADA	TAG	36.00°C	<i>[Signature]</i>
21/09/20	7:00am	8:30pm	MAILETHI QUINTERO	CALL CENTER	36.30°C	MAILETHI-Q
21/09/20	7:00am	6:00pm	HARDIN ESCAMILLA	SOPORTE TEC	36.20°C	HAROLD-E.O
21/09/20	7:00am	6:00pm	EUADORIS SUAREZ	ENTERMERA	36.30°C	EUADORIS
21/09/20	7:00am	6:00pm	BLANCA PINO	ENTERMERO	36.00°C	BLANCA.P.
21/09/20	7:30am	6:00pm	JOHADYS MENDOZA	AUT-ENTERM.	36.20°C	JOHADYS.M.
21/09/20	7:30am	6:00pm	LEPZYS TA.	AUT-ENTERM.	36.30°C	LEPSY.M.
21/09/20	7:00am	6:00pm	KATIA GUILLE	ADMISION	36.00°C	Katia.O
21/09/20	7:00am	6:00pm	FRUTY PRATA.F.	AUT-ENTERM.	36.40°C	FRUTY.P
21/09/20	1:00pm	6:00pm	VERGINIA DAZA	TAG	36.30°C	<i>[Signature]</i>
21/09/20	1:00pm	6:00pm	VELDY ETAMPIS	TAG	36.00°C	<i>[Signature]</i>
21/09/20	1:00pm	6:00pm	JOSE MARCO OTERO	TAG	36.30°C	JOSE GENA
22/09/20	7:00am	4:00pm	KATIA GUILLE	ADMISION	36.40°C	Katia.O
22/09/20	7:00am	12:30pm	DORAISY SANABRIA	NUTRICIONISTA	36.30°C	<i>[Signature]</i>
22/09/20	7:00am	12:30pm	ROSANA OLIVEROS	TAG	36.00°C	<i>[Signature]</i>
22/09/20	7:00am	12:30pm	MARIA MARCELA PAEZ	TAG	36.00°C	MARIA M. PAEZ





SEGUIMIENTO AL PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

VERSION 1

01/04/2020

PAGINA 2 DE 2

Mes:

Año:

Actividades a desarrollar		Limpieza y desinfección de SUPERFICIES (Mesas/ Escritorios)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Limpieza semanal con agua y jabón		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Desinfección con solución de hipoclorito 0.2 % DOS VECES DIARIA(M Y T)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Limpieza semanal con agua y jabón																																		
Desinfección con solución de hipoclorito 0.2 %																																		
Pasar Limpión limpio y húmedo																																		
Limpieza y desinfección de BARANDAS, MANIJAS DE PUERTAS																																		
Limpieza semanal con agua y jabón		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desinfección con solución de hipoclorito 0.2 % DOS VECES DIARIA(M Y T)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Nombre: Virylen Pina Fernandez Firma: Virylen Pina

Cargo: Aux. Enfermería
 Responsable seguimiento al Protocolo de la limpieza y desinfección




SEGUIMIENTO AL PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

VERSION 1
01/04/2020
PAGINA 2 DE 2

Mes:		Año:																															
Actividades a desarrollar		Limpieza y desinfección de SUPERFICIES (Mesas/ Escritorios)																															
Responsable		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Limpieza y desinfección de PISOS																																	
Limpeza semanal con agua y jabón		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desinfección con solución de hipoclorito 0.2 %, DOS VECES DIARIA(M Y T)	Servicios Generales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Limpieza y desinfección de PAREDES Y VENTANAS																																	
Limpeza semanal con agua y jabón						X						X								X			X										
Desinfección con solución de hipoclorito 0.2 %						X						X								X			X										
Pasar Limpión limpio y húmedo						X						X								X			X										
Limpieza y desinfección de BARANDAS, MANIJAS DE PUERTAS																																	
Limpeza semanal con agua y jabón		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desinfección con solución de hipoclorito 0.2 %, DOS VECES DIARIA(M Y T)	Servicios Generales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Nombre: Virquen Pina Fernández. Firma: Virquen Pina.

Cargo: Ox. Enfermera.
 Responsable seguimiento al Protocolo de la limpieza y desinfección

		FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS LAVADO DE MANOS				Versión 1 24/09/2020	
Aux Estanislao, Margelis Diaz CARGO		NOMBRE Y APELLIDO Diaz		FECHA		FECHA	
HORA	21 09 20	HORA	22 09 20	HORA	23 09 20	HORA	24 09 20
HORA	7 Am	HORA	7 Am	HORA	7 Am	HORA	7 Am
HORA	8:30 Am	HORA	8:45 Am	HORA	8:30 Am	HORA	8:30 Am
HORA	10:30 Am	HORA	9:45 Am	HORA	10: Am	HORA	10 Am
HORA	11 Am	HORA	11 Am	HORA	11: Am	HORA	11: Am
HORA	12 Pm	HORA	12 Pm	HORA	12 Pm	HORA	12 Pm
HORA	1:30 pm	HORA	2 Pm	HORA	2 Pm	HORA	2 Pm
HORA	3 Pm	HORA	3:30 pm	HORA	2:45 pm	HORA	3:30 pm
HORA	4: pm	HORA	4:45 pm	HORA	3:30 pm	HORA	4: 50 pm
HORA	5 pm.	HORA	5 pm.	HORA	5 Pm.	HORA	
HORA		HORA		HORA		HORA	
HORA		HORA		HORA		HORA	
HORA		HORA		HORA		HORA	
HORA		HORA		HORA		HORA	
HORA		HORA		HORA		HORA	
HORA		HORA		HORA		HORA	
FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA	
SUPERVISOR		Margelis Diaz Perez					



FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS LAVADO DE MANOS

Versión 1

24/09/2020

Leonid A. Pradi Vásquez
MEDICO
C.C. 17453340 R.M. 0525-09

SEP 2020

CARGO		NOMBRE Y APELLIDO	
FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
21	22	23	24
07:00 AM	06:55 AM	07:00 AM	06:45 AM
07:05 AM	07:00 AM	07:10 AM	07:00 AM
09:30 AM	09:40 AM	08:35 AM	10:00 AM
11:40 AM	11:20 AM	10:50 AM	12:00 PM
12:50 PM	12:40 PM	11:45 AM	12:40 PM
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

SUPERVISOR

**AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19**

DESCARGAR INSTRUCTIVO

EVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID

*** Tipo de Documento Usuario**

CÉDULA DE CIUDADANIA

*** Número Documento del Usuario**

1065831145

HAROLD DAVID ESCAMILLA ORTEGAHAROLD DAVII

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 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 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>¿Has tenido diarrea?</p>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
<p>¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <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**

49608016

ISNERYS ROCIO DITTA ANGULO

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 type="text" value="36.2"/> 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>¿Has tenido diarrea?</p>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
<p>¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <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

	LISTA DE CHEQUEO INGRESO PACIENTE	VERSION: 1
		FECHA: 23-04-2020
		PAGINA 1 DE 1

FECHA: 21-09-20

Nombre del paciente	Genesis Chamorro
N° de Identificación	1057592188
Temperatura al ingreso	35.9

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

FIRMA:

	LISTA DE CHEQUEO INGRESO PACIENTE	VERSION: 1
		FECHA: 23-04-2020
		PAGINA 1 DE 1

FECHA: 21-09-20

Nombre del paciente	Dany Narvaiza
N° de Identificación	49742255
Temperatura al ingreso	35.7

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

FIRMA:

	LISTA DE CHEQUEO INGRESO PACIENTE	VERSION: 1
		FECHA: 23-04-2020
		PAGINA 1 DE 1

FECHA: 25-09-20

Nombre del paciente	Liliana Pacheco
N° de Identificación	H9761103
Temperatura al ingreso	35.4

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

FIRMA:

	LISTA DE CHEQUEO INGRESO PACIENTE	VERSION: 1
		FECHA: 23-04-2020
		PAGINA 1 DE 1

FECHA: 25-09-20

Nombre del paciente	Xiomara Sanchez
N° de Identificación	63.363882
Temperatura al ingreso	35.2

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

FIRMA:



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

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	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	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	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	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor <input checked="" type="checkbox"/>	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSOO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: JANED MENDOZA

N° DOCUMENTO: 77160020

ARL: Positiva

25-09-2020



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

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

NOMBRE: *Lauren Hernandez C.*

N° DOCUMENTO: *49.798.130*

ARL: *positiva*

24-9-20



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

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	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	NO <input checked="" type="checkbox"/>	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: *Costavo Fuentes*

N° DOCUMENTO: *57646340*

ARL: *Familia*

23-09-2020



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

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	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	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	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	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor <input checked="" type="checkbox"/>	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSOO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Evadonis Rodriguez*

N° DOCUMENTO: *1065809853*

ARL: *Positiva*

23-9-2020



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: *Juan Carlos 61*

N° DOCUMENTO: *79.795749*

ARL: *Positiva*

22-09-20



ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(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? (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 O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO ✓	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Adriana Cotes*

N° DOCUMENTO: *49789621*

21-09-2020

ARL:

**AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19**

DESCARGAR INSTRUCTIVO

EVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID

*** Tipo de Documento Usuario**

CÉDULA DE CIUDADANIA

*** Número Documento del Usuario**

1065650956

MAILETH TATIANA QUINTERO MORENO

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 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>¿Has tenido diarrea?</p>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
<p>¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <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**

26863757

MARGARITA NORIEGA CARDENAS

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 type="text" value="35.6"/> 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>¿Has tenido diarrea?</p>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
<p>¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <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**

1065830757

VIRYEN DEL CARMEN PIÑA FERNANDEZ

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 type="text" value="36.2"/> 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>¿Has tenido diarrea?</p>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
<p>¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <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**

49722555

EDELMIRA MILEYDIS MAZO BELTRAN

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 type="text" value="35.4"/> 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

¿Has tenido diarrea?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <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**

1134329082

JEINER ENRIQUE FLOREZ AVILA

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 type="text" value="35.4"/> 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>¿Has tenido diarrea?</p>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
<p>¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <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



FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS LAVADO DE MANOS

Versión 2

24/03/2020

Dexter

Janeer

CARGO

NOMBRE Y APELLIDO

FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA
8:45 Am	9 Am	9:10 Am	9 Am	7 Am	7 Am
10:30 Am	10:30 Am	11:30 Am	10:30 Am	8:30	9 Am
12 Pm	12 Pm	12:00 Pm	12 Pm.	12 Pm.	11 Pm
					12 Pm.
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

SUPERVISOR

[Handwritten signatures of the supervisor and staff members]

FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS LAVADO DE MANOS



CARGO		NOMBRE Y APELLIDO	
HORA	FECHA	HORA	FECHA
21/12	27/12/20	25/12/20	27/12/20
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

SUPERVISOR