

ACTA DE REUNION 34

Hora: 11:00 am – 11:45 am

Fecha: 30/10/2020

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: 30/10/2020

Lugar: ADMINISTRACION

- Seguimiento a casos de afecciones gripales e incapacidades médicas
- Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
- Actualización de cartelera informativa de la IPS
- Capacitaciones y socializaciones a usuarios de la IPS
- Insumos y suministros para limpieza y desinfección
- Cambio de escritorio en puesto de trabajo de líder de la gestión de calidad y de encargada de archivo
- Inspección general de SST

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 ARROYAVE, lidera la realización de la reunión asesorada por la CARLOS CÓRDOBA CORTINA, líder de SST y SHIRLEY HERNANDEZ MENDOZA 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 11:00 am del día 30 de Octubre 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 SST y la Coordinadora General para realizar seguimiento a los protocolos de bioseguridad ante la pandemia del Covid-19

PRESENTACIÓN DE LA AGENDA

- Seguimiento a casos de afecciones gripales e incapacidades médicas
- Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
- Actualización de cartelera informativa de la IPS
- Capacitaciones y socializaciones a usuarios de la IPS
- Insumos y suministros para limpieza y desinfección
- Cambio de escritorio en puesto de trabajo de líder de la gestión de calidad y de encargada de archivo
- Inspección general de SST

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 realiza seguimiento a casos de afecciones gripales y se aísla por orden médica a todo funcionario que padezca de estos síntomas
2. Se realiza seguimiento a la implementación de protocolos de Bioseguridad para

manejo del COVID-19, según normativa de Min salud, se verifica que diariamente se estén realizando:

Lavado de manos

Encuestas de salud

Desinfección de áreas, equipos y superficies

Entrega de EPP al personal

Entrega de insumos para consultas domiciliarias

Encuestas de salud a funcionarios y pacientes

Capacitaciones semanales

Uso de los EPP y elementos para desinfección

3. Actualización de cartelera informativa de la IPS con las siguientes publicaciones:

Política de SST de la IPS

Política de calidad de la IPS

Teléfonos de emergencias en Valledupar

Información general sobre cuidados en salud

Información alusiva al control del covid-19

Certificación de la oficina de Tecno vigilancia de la secretaría Departamental de salud

4. Socializaciones a usuarios de la IPS sobre control de la pandemia y comportamiento social ante la misma
5. Se mantiene stock suficiente en almacén de elementos para limpieza y sustancias químicas para desinfección
6. Se cambian escritorios de puestos de trabajo de archivo y líder de calidad, por unos escritorios más amplios, mejorando así el confort y la operatividad de esas áreas de trabajo
7. Se realiza inspección general de SST en la IPS, los hallazgos de esta inspección se reportarán a Gerencia para su respectivo tratamiento y control

OBSERVACIONES

- Regresa a labores la auxiliar de enfermería VIRYEN FERNANDEZ, quien retomará la realización de socializaciones a pacientes y acompañantes de la IPS

PARTICIPACIÓN DE LA ARL POSITIVA

- Se recibe invitación de la ARL a seguir participando de las capacitaciones virtuales que ella realiza de manera personal para todos los funcionarios

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL COPASST

- Ver siguiente cuadro.

1. PLAN DE MEJORAMIENTO

El COPASST establece estas recomendaciones

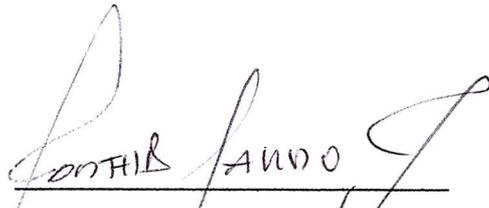
ACTIVIDAD PROGRAMADA	FECHA PLANEACIÓN	FECHA DE REALIZACION	RESPONSABLE
Surgimiento a casos sospechosos de Covid	Diario	Diario	Gerencia y RR HH
Acciones correctiva a hallazgos de inspección de seguridad	03-11-2020		SST y RR HH
Escoger aspirantes a pertenecer al comité de convivencia laboral	21-10-2020	Abierta	SST

Asistentes:



SHIRLY HERNANDEZ MENDOZA

Representante COPASST Trabajadores

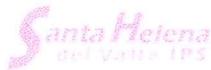


MARTHA IVONNE PARDO ARROYAVE

Representante COPASST Empleador


CARLOS CÓRDOBA CORTINA

Líder de SST



SANTA HELENA DEL VALLE IPS

ACTAS COPASST

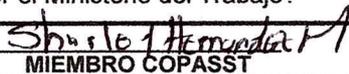
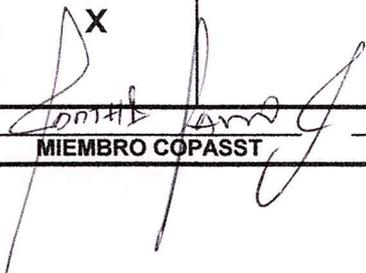
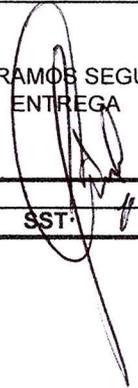
VERSIÓN: 1

FECHA: 23/07/2020

REVISION CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCIÓN COVID-19

ENCUESTA SEGUIMIENTO A MEDIDAS DE CONTROL MINSALUD

DEL 26 AL 30 DE OCTUBRE 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		REGISTROS
Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		SE CUENTA CON MATRIZ DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
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		ALMACÉN
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		LLEGÓ PEDIDO STA SEMANA
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		ESPERAMOS SEGUNDA ENTREGA
FIRMAN: 			
MIEMBRO COPASST	MIEMBRO COPASST		SST



Lo más rico en este momento es estar

Saludable



En este nuevo capítulo de La Receta de la Prevención descubrirás:

Verdades y mitos sobre los virus.

Así que prepárate para la nueva realidad mientras disfrutamos de un gran momento,



YA LLEGÓ! NUEVO CAPITULO DE LA RECETA DE LA PREVENCIÓN
de la mano del **Chef Gianluca Di Leo** y
Daniel Noriega, el experto invitado.





LISTADO DE INSPECCIÓN SST (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

VERSIÓN: 1

INSPECCIÓN EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE

FECHA: 19-10-2020

Lugar de la inspección:

SEDE PRINCIPAL SANTA HELENA DEL VALLE IPS S. A. S.

Área de trabajo específica a inspeccionar:



Área Administrativa



Operativa



Sedes temporales:

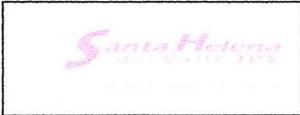
Fecha de realización de la inspección

27-10-2020

Fecha próxima inspección

27-11-2020

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO					
Se observa organización y aseo en las áreas de trabajo (cada cosa en su lugar)	✓				Puntos Ecológicos
Se observa organización y aseo en los baños	✓				Sustancias químicas
Existe adecuado manejo de basuras/desechos/residuos en el área	✓				Area Almacenamiento
Se observa limpieza de equipos/implementos	✓				Diariamente
CONDICIONES LOCATIVAS					
Se observa buenas condiciones del piso (pisos dañados, rotos, huecos u orificios sin tapar, con desniveles o rejillas abiertas)		✓			Algunas paredes con pintura deteriorada, y sacalos sueltos
Se observa en buenas condiciones los pasamanos y accesos a las escaleras.	✓				No hay escaleras
Las vías de acceso se encuentran bien iluminadas y señalizadas (escaleras, pasillos)	✓				
Se observan pasillos libres de obstáculos	✓				
Existe una adecuada demarcación del área de parqueo de los vehículos	✓				
CONDICIONES DE ERGONOMIA/BIOMECAÁNICA					
La posición del monitor es adecuada		✓			Muy baja en ciertos puestos.
La altura del monitor es igual a la de los ojos		✓			En algunos casos No.
La altura del asiento permite posición de los codos a 90° sobre la mesa o escritorio	✓				
Se realizan pausas activas	✓				
Se observa postura adecuada al momento de la inspección		✓			Cambiar algunas sillas
Se ejecuta de forma correcta la manipulación de cargas y movimientos que exijan una actividad física dentro de la ejecución de las tareas	✓				
CONDICIONES MECÁNICAS					
Se observa adecuado almacenamiento de implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otros		✓			Faltan espacios
Se observa adecuada manipulación de implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otros	✓				
Se observa buen estado de los implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otras	✓				
CONDICIONES FÍSICAS					
Existe buena iluminación natural / artificial	✓				se cambiaron bombillos
Existe buena ventilación / aireación	✓				
Existe confort auditivo	✓				
Existe confort térmico	✓				



LISTADO DE INSPECCIÓN SST (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

VERSIÓN: 1

INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE

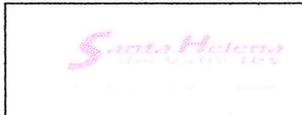
FECHA. 19-10-2020

Lugar de la inspección: **SEDE PRINCIPAL SANTA HELENA DEL VALLE IPS S. A. S.**

Área de trabajo específica a inspeccionar: Área Administrativa Operativa Sedes temporales:

Fecha de realización de la inspección _____ Fecha próxima inspección _____

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
CONDICIONES ELÉCTRICAS					
No existen conexiones sobrecargadas (tomas sobrecargadas)	/				Se procura no utilizar extensiones recargadas
Los cables están en buen estado y no sueltos por el piso	/				
Las tomas e interruptores están en buen estado	/				
Existe línea o polo a tierra	/				
SANEAMIENTO BÁSICO					
Se cuenta con un buen manejo de separación de basuras (almacenamiento y disposición final de los residuos adecuado)	/				Se Fumiga
Se hace manejo y control de plagas (ratones, cucarachas, mosquitos)	/				
Se cuenta con buen suministro de energía	/				
Se cuenta con buen suministro de agua	/				
Se encuentran en buen estado las llaves, baños, rociadores o demás elementos dispensadores de agua (libres de fugas visibles o desperdicio de líquido).	/				
CONDICIONES DE LOS EXTINTORES					
Existen extintores en el área revisada. (Enuncie la cantidad)	/				6
Capacidad del extintor en el área revisada	/				
Esta ubicado de forma visible y accesible	/				
Cuenta con recarga vigente (Enuncie fecha de recarga y fecha vencimiento)	/				vigentes hasta Dic. y Abril 2021.
Se observa buena presión de carga (manómetro)	/				
Se observa buen estado de mangueras, cometas y boquillas	/				
El sello de seguridad esta en buen estado (no reventado)	/				
No presenta signos de daño o maltrato	/				
Presenta señalización e instrucciones legibles		/			Falta en Extintor Ubicación y Parquetado
La señalización indica la clasificación de incendio en el cual se puede utilizar el extintor (tipo)	/				
La altura máxima desde el piso hasta la parte superior del extintor no es mayor a 1.5 metros	/				
Posterior al ser usado en una emergencia o al vencimiento de su carga, fue recargado	/				



LISTADO DE INSPECCIÓN SST (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

VERSIÓN: 1

INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE

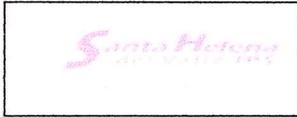
FECHA.19-10-2020

Lugar de la inspección: SEDE PRINCIPAL SANTA HELENA DEL VALLE IPS S. A. S.

Área de trabajo específica a inspeccionar: Área Administrativa Operativa Sedes temporales:

Fecha de realización de la inspección _____ Fecha próxima inspección _____

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
CONDICIONES DEL BOTIQUIN, GABINETES Y OTROS ELEMENTOS PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS					
El botiquín esta ubicado de forma visible y accesible	✓				
El botiquín esta señalizado			✓		Señalizar
Se realiza seguimiento a la dotación del botiquín (Fecha de la última revisión)			✓		Listado (Anexar)
El botiquín cuenta con la dotación permitida (NO incluye medicamentos)		✓			Falta Dotación
Se tiene una camilla adecuada para asistir en caso de emergencias	✓				
La camilla se encuentra ubicada en un sitio apropiado y accesible para uso en caso de emergencias.	✓				
Los gabinetes contra incendios se encuentran ubicados en zonas visibles y sin obstrucciones.				✓	
Los gabinetes contra incendios se encuentran en buen estado de funcionamiento y debidamente señalizados				✓	
Se cuenta con hidrantes disponibles y debidamente señalizados o se conoce su ubicación	✓				Externo Cra. 11 calle 14 Esquina
Se cuenta con un directorio de emergencias actualizado y ubicado en un lugar visible o próximo a los teléfonos	✓				Cartelera y SB-SST
Se cuenta con un listado de información de familiares de los empleados para avisar en caso de emergencia			✓		Elaborar
Se cuenta con un listado de los números telefónicos del personal ubicado en un lugares visible o los empleados tienen esta información en sus teléfonos celulares.		✓			Publicar
INSPECCIÓN DE RECURSOS ANTE UNA EMERGENCIA					
Los miembros de COPASST son trabajadores vigentes de SANTA HELENA DEL VALLE IPS (Verificación Integrantes COPASST)	✓				
Los miembros de las brigadas de Emergencias (grupo de primeros auxilios, grupo de prevención y control de incendios, grupo de evacuación, y rescate) son trabajadores vigentes de SANTA HELENA DEL VALLE IPS - (Verificación Lista de integrantes)			✓		Crear Nueva Brigada
El jefe de brigada y demás miembros son conocidos por el personal			✓		
Los integrantes de la brigada conocen sus responsabilidades específicas ante una emergencia			✓		
Los integrantes de la brigada conocen sus responsabilidades en una emergencia con los visitantes			✓		
El resto del personal conoce sus responsabilidades ante una emergencia			✓		Socializar
Se da información a los visitantes a manera de recomendaciones en el caso de una emergencia.			✓		
Se divulgo el plan de prevención y preparación para emergencia			✓		Socializar
Se cuenta con rutas y salidas de evacuación señalizadas y áreas demarcadas		✓			Señalizar
Se tiene establecido un punto de encuentro si se presenta una emergencia		✓			Señalizar (Parqueadero)
Se cuenta con plano de evacuación que indique rutas de evacuación y punto de encuentro (ubicado en lugares visibles o de alta circulación).	✓				
Están disponibles y visibles las fichas de seguridad de las sustancias peligrosas para las personas que las manipulan.	✓				



LISTADO DE INSPECCIÓN SST (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

VERSIÓN: 1

INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE

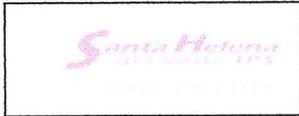
FECHA: 19-10-2020

Lugar de la inspección: **SEDE PRINCIPAL SANTA HELENA DEL VALLE IPS S. A. S.**

Área de trabajo específica a inspeccionar: Área Administrativa Operativa Sedes Temporales:

Fecha de realización de la inspección _____ Fecha próxima inspección _____

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
Las personas que manipulan sustancias peligrosas tienen conocimiento y están familiarizados con el uso que debe dársele conforme al documento de higiene y bioseguridad y fichas de seguridad de cada sustancia.		✓			Falta socializar Algunas sustancias
Las sustancias peligrosas se encuentran adecuadamente rotuladas, envasadas, tapadas y almacenadas según lo establecido en el documento de higiene y bioseguridad, clasificación y almacenamiento y fichas de seguridad de cada sustancia.	✓				
El personal que manipulan sustancias peligrosas cuenta con los Elementos de Protección Personal (EPP) sugeridos en el documento descriptivo higiene y bioseguridad y fichas de seguridad de cada sustancia.	✓				
El personal de la brigada ha recibido entrenamiento y capacitación en temas de prevención y control de emergencias			✓		conformar
Se han realizado simulacros y se tienen registros de este.			✓		
Se han tomado acciones posteriores a la realización de simulacros			✓		
Se cuenta con manual de prevención y control para caso de emergencias en la Empresa	✓				
La empresa tiene diligenciada e implementada una matriz de identificación de peligros, valoración del riesgo y determinación de controles, donde se tienen identificados y priorizados los riesgos de acuerdo a su probabilidad e impacto.	✓				
Se cuenta con un inventario de la población fija y/o por áreas o frentes de trabajo.	✓				
Se cuenta con buen servicio de comunicaciones (telefónica, correos electrónicos etc.)	✓				
Se cuenta con un tanque de reserva de agua o pozo subterráneo	✓				elevado
Se cuenta con una planta de abastecimiento eléctrico de emergencia	✓				
Se cuenta con algún sistema de vigilancia	✓				C.C. T.V.
Existe señalización (Prevención en seguridad industrial y ambiental)	✓				
Se encuentra señalización de zonas de advertencia (paso restringido, peligros eléctricos)	✓				
Se encuentra la señalización limpia y en buen estado.	✓				
ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO					
Personal nuevo (Indicar en las observaciones el número del personal nuevo que ingreso en el periodo de análisis y si recibió las capacitaciones de inducción)	✓				Médico (1)
Personal retirado (Indicar en las observaciones el número del personal retirado en el periodo de análisis y si recibió carta para exámenes de retiro)	✓				No.
Se realizaron las evaluaciones de desempeño correspondientes al periodo evaluado			✓		Realizar (R.R. H.H)
Registro de vacaciones actualizado	✓				
Se realizaron las capacitaciones programadas del sistema SST para el periodo evaluado		✓			se priorizan las de Covid-19
Se llevaron a cabo las actividades de Bienestar programadas en el periodo evaluado		✓			
ENTORNO AMBIENTAL					
Se cuenta con bombillos ahorradores en las áreas de trabajo y diferentes instalaciones de la Empresa	✓				
Se observa en las cisternas de los baños uso de algún elemento que permita disminuir el consumo de agua (Botellas llenas de arena, agua u otro dispositivo que aumente el nivel del agua) al utilizar el mismo			✓		utilizar
Uso de recipientes debidamente señalizados para el desecho de residuos, según aplique (reciclables, ordinarios, peligrosos, etc)	✓				
Se hace separación de desechos conforme al tipo de generación (orgánicos, papel, peligrosos)	✓				
Existe un adecuado vertimiento de los residuos propios de las actividades ejecutadas por la empresa.	✓				



LISTADO DE INSPECCIÓN SST (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

VERSIÓN: 1

INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE

FECHA.19-10-2020

Lugar de la inspección: SEDE PRINCIPAL SANTA HELENA DEL VALLE IPS S. A. S.

Área de trabajo específica a inspeccionar: Área Administrativa Operativa Sedes Temporales:

Fecha de realización de la inspección _____ Fecha próxima inspección _____

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
Se tiene algún tipo de letrero o publicidad que promueva la aplicación de la política de ahorro y uso eficiente de agua, energía y papel; apagando luces y equipos que no estén en uso, cerrando llaves y reusando papel.			✓		colocar en los Baños
ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL					
Hay un ambiente organizacional propicio para ejecutar las labores y actividades, libre de alteración de las relaciones interpersonales	✓				
HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, MEDICINA PREVENTIVA DE TRABAJO					
Personal ausente por casos relacionados con la salud (Indicar en las observaciones las horas del personal ausente por casos relacionados con la salud en el periodo de análisis)	✓				
Personal ausente por casos NO relacionados con la salud (Indicar en las observaciones las horas del personal ausente por casos NO relacionados con la salud en el periodo de análisis)	✓				
Eventos presentados en el periodos de análisis (Indicar en la observaciones el numero de incidentes o accidentes reportados a la ARL presentados en el periodo de análisis)	✓				
Capacitaciones realizadas (Indicar en las observaciones el numero de capacitaciones realizadas en el periodo de análisis)	✓				
Exámenes de ingreso realizados (indicar en las observaciones el numero de exámenes de ingreso realizados)	✓				
Exámenes de egreso realizados (indicar en las observaciones el numero de exámenes de egreso realizados)	✓				
Exámenes periódicos (indicar en las observaciones el número de exámenes periódicos realizados)			✓		Planeados (Ejecutar)
Si considera otras condiciones a inspeccionar registrelas a continuación					

Elaboro la inspección: Carlos Córdoba Cortina
Nombre y cargo

Firma



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: *Shirly Hernandez M.*

N° DOCUMENTO: *1065.664.315*

ARL: *positiva*

30-10-20



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? (MALQUERA)	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 <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	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: *Margelis Diana Pérez*

N° DOCUMENTO: *49720-886*

ARL: *positiva*

30-10-2020



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	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: *Vanessa Montoya Bermudez*

N° DOCUMENTO: *1065623368*

ARL: *Positiva*

30-10-2020



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? (MALQUERA)	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: *Leipzig Anaya Castro*

N° DOCUMENTO: *37278476*

ARL: *Positiva*

30-10-20



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: Johadys Mendoza López

N° DOCUMENTO: 1192.779476

ARL: positiva

30-10-2020

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: *Katia Ovalle Jirco*

N° DOCUMENTO: *1065570189*

ARL: *positiva*

30-10-20



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: *Ebenezer Emilé Bebeño*

N° DOCUMENTO: *77017508*

ARL: *positiva*

27-10-20



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? (MALQUERA)	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: *Socorro de la floz D.*

N° DOCUMENTO: *42492767*

ARL: *Positiva*

27-10-2020



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	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: *Liomara Sanchez*

N° DOCUMENTO: *63 363 882*

ARL: *positiva*

27-10-20



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: Shirley Hernández Mendoza

N° DOCUMENTO: 1065664.315

ARL: Positiva

27-10-20



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: *Katya Ovalle Junco*

N° DOCUMENTO: *1065570180*

ARL: *positiva*

27-10-20



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: *Evaderis Suarez Rodriguez*

N° DOCUMENTO: *1065809053*

ARL: *Positiva*

27-10-20



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 SOSPECHOSOO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Wilmer Hinojosa*

N° DOCUMENTO: *1192758648*

ARL: *Positiva*

27-10-2020



AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

DESCARGAR INSTRUCTIVO

(/AUTOEVALUACIONCOVID/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="35.6"/> 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
¿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? <small>(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)</small>	<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

(/AUTOEVALUACIONCOVID/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="36.1"/> 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 type="radio"/> NO	<input checked="" 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

(/AUTOEVALUACIONCOVID/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="35.8"/> Grado Celsius (Centígrados)		
¿Has presentado tos seca?	<input type="radio"/> Sin tos seca	<input checked="" 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? <small>(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)</small>	<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



SANTA HELENA DEL VALLE IPS

ENCUESTA DE SINTOMAS DEL COVID-19 PARA EL PACIENTE

VERSIÓN: 2
FECHA: 29/07/2020

REALIZA LA ENCUESTA:

Shirley Hernandez Mendoza

ITEM	FECHA	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CONTROL TEMPERATURA $\geq 38^\circ$				PRESENTA SINTOMAS COMO TOS SECA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, FATIGA, DOLOR DE GARGANTA, DIARREA, PÉRDIDA DEL GUSTO O EL OLFATO, RINORREA?			HA TENIDO CONTACTO ESTRECHO CON CASOS POSITIVOS DE COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS?		RECIBE LA ENCUESTA
					INGRESO		SALIDA		SI	NO	CUAL?	SI	NO	
					HORA	T°	HORA	T°						
1	30-10-2020	Yustidiz Ibarra	2065839032	Moravia 196, 30	10:25 AM	36.6	10:40	35.3		✓	No		✓	Yustidiz
2	30-10-2020	Murys Duglio	1193579999	Pinar del Rio Calle 39 # 56 29	10:26	35.9	10:50 AM	35.0		✓	No		✓	Murys
3	30-10-2020	Maria Duran	1065929844	Pinar del Rio Km. 22-16 E-04	10:26 AM	35.5	10:30	35.0		✓	No		✓	Maria Duran
4	30-10-2020	Kendy Gutierrez	1065612900	Calle 5 E	10:26	36.2	10:30	35.8		✓			✓	Kendy G.
5	30-10-2020	Geny Quiñones	1074110118	Km. 10 # 22	10:30	35.5	-	35.0		✓			✓	Geny Quiñones
6	30-10-2020	Andrea Hernandez	1065834731	Dg. 24 # 1	10:32	36.4	-	35.9		✓			✓	Andrea Hernandez
7	30-10-2020	Elena Gonzalez	1070408879	-	10:40	35.9	-	35.2		✓			✓	Elena Gonzalez
8	30-10-2020	Judith Molina	144722458	Calle 40 # 12	11:02	36.7	-	36.0		✓			✓	Judith Molina
9	30-10-2020	Silva Maria	1003379605	Mg-2-Cm	11:02	35.8	✓	35.1		✓			✓	Maria Silva
10	30-10-2020	Claudia Rodriguez	34463829	MZ # 15	11:10	36.2	✓	35.4		✓			✓	Claudia Rodriguez

CONTROL DE INSUMOS Y EPP PARA VISITAS DOMICILIARIAS

INSUMOS Y EPP	FECHA 20-10-20			FECHA 21-10-20			FECHA 27-10-20					
	CANT.	ENTREGADO	RECIBIDO	CANT.	ENTREGADO	RECIBIDO	CANT.	ENTREGADO	RECIBIDO			
CONTENEDOR												
TENSIOMETRO												
EQUIPO DE ORGANOS												
TERMOMETRO												
TAPABOCAS												
TAPABOCAS N-95												
LENTES												
CARETA												
MARTILLO DE REFLEJO												
FONENDOSCOPIO												
BAJALENGUAS												
HISOPOS												
ALGODÓN												
SPRAY CON ALCOHOL												
ALCOHOL GLICERINADO												
CINTA METRICA												
BATA ANTIFLUIDO												
UNIFORME ANTIFLUIDO												
GORROS												
POLAINAS												
BATA DESECHABLE												
GUANTES												
TABLET CARGADA												
BOLSA VERDE												
BOLSA ROJA												
LAPICERO												
GLUCOMETRO												
RECETARIO												
OXIMETRO												
MESA DE MAYO												
PESO DIGITAL												
GUARDIAN												
OVEROL ANTIFLUIDO												
TABLA DE APOYO												
CONTENEDOR ROJO DESECHOS												
OBSERVACION	FIRMA QUIEN RECIBE	Andrea Serna			FIRMA QUIEN RECIBE	Andrea Serna			FIRMA QUIEN RECIBE	Andrea Serna		
	FIRMA QUIEN ENTREGA	Marjolis D			FIRMA QUIEN ENTREGA	Marjolis D			FIRMA QUIEN ENTREGA	Marjolis D		
	HORA SALIDA	7 Am			HORA SALIDA	7 Am			HORA SALIDA	7 Am		
	HORA LLEGADA	11:30 Am			HORA LLEGADA	11:30 Am			HORA LLEGADA	11:30 Am		



FORMATO DE ENTREGA DE EPP PARA LA ATENCION DE PACIENTES

Version 1
07/04/2020
Pagina 1 de 1

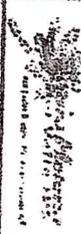
FECHA	HORA DE ENTREGA	NOMBRE Y APELLIDOS	EPP ENTREGADOS	FIRMA
26/10/20	11:00am	lecter Parale. MEDICO	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	
26/10/20	11:00am	Yana. M. Patel MEDICO	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Yana. M. Patel
26/10/20	11:00am	Lesana Oliteros MEDICO	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Lesana Oliteros
26/10/20	11:00am	Blanca Pino Enfermera.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Blanca Pino.
26/10/20	11:00am	MARGELIS DIAS AV. Ent.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES	MARIS. D.
26/10/20	11:30am	Escobedo Suarez Enfermera	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES	Escobedo
26/10/20	11:00am	Lepezq. M. AV. Ent.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Lepezq. m.

FECHA	HORA DE ENTREGA	NOMBRE Y APELLIDOS	EPP ENTREGADOS	FIRMA
27/10/20	7:00am	Evadony Saret. CARGO: Enfermera.	BATA ,GORRO,GAFAS,TAPA BOCA ,POLAINAS, .CARETA,GUANTES.	Evadony
27/10/20	7:00am	Lepezdy H. CARGO: Act-Ent.	BATA ,GORRO,GAFAS,TAPA BOCA ,POLAINAS, .CARETA,GUANTES.	Lepezdy.m
27/10/20	8:00am	Vanessa Triantoya. CARGO: Enfermera.	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA ,POLAINAS,CARETA,GUANTES.	VANESSA ME
27/10/20	8:00am	Lauren Hernández CARGO: Ginecóloga.	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA,POLAINAS,CARETA,GUANTES.	Lauren
27/10/20	7:00am	Urbel Pina CARGO: Act-Ent.	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA,POLAINAS,CARETA,GUANTES.	Urbel.
27/10/20	7:00am	Margarita Diaz CARGO: Act-Ent.	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA,POLAINAS,CARETA,GUANTES.	Margis. D
27/10/20	7:00am	Dorisy Sanabona CARGO: Nutricionista.	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA,POLAINAS,CARETA,GUANTES.	Dorisy

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
30/10/20	11:00am	MARGELIS D. A2. CARGO: Aux. enf.	Bata, Tapa Bata, Gorro Polainas, careta, Guantes.	Maelis. D.
30/10/20	11:30am	LEPZUSY. TK. CARGO: Aux. enf.	Bata, Tapa Bata, Gorro, Polainas, careta, Guantes	lepzusy.m
30/10/20	11:30am	ELIADORIS SAREZ CARGO: Enfermera.	Bata, Tapa Bata, Gorro Polainas, careta, Guantes	ELIADORIS
30/10/20	11:30am	JOLYDAYS YLENDEZA. CARGO: Aux. Enfermera.	Bata, Tapa Bata, Gorro, Polainas, careta, Guantes	JOLYDAYS YL.
30/10/20	11:30am	WENESSA TRONTOUCA. CARGO: Enfermera.	Bata, Tapa Bata, Gorro, Polainas, careta, Guantes	WENESSA TR.
30/10/20	11:30am	JUAN CARLOS G.I CARGO: Internista.	Bata, Tapa Bata, Gorro, Polainas, careta, Guantes	
30/10/20	11:30am	LARENEL HERNANDEZ CARGO: Ginecologa.	Bata, Tapa Bata, Gorro, Polainas, careta, Guantes	
30/10/20	11:00am	VELSY DEBARNS CARGO: MEDICO.	Bata, Tapa Bata, Gorro, Polainas, careta, Guantes	



FORMATO DE SEGUIMIENTO A PROGRAMAS LAVADO DE MANOS

Unidad 3

Agente

ACT: Enfermería

Unidad Práct. Fernández

CARGO		NOMBRE Y APELLIDO	
26/10/2020	27/10/2020	28/10/2020	29/10/2020
7:00am	7:00:00am	7:00:00am	7:00:00am
7:30am	7:30:00am	8:00:00am	7:30:00am
8:00am	8:00:00am	8:30:00am	8:00:00am
8:30am	8:30:00am	9:00:00am	8:30:00am
9:00:00am	9:00:00am	9:30:00am	9:00:00am
9:30:00am	9:30:00am	10:00:00am	9:30:00am
10:00:00am	10:00:00am	10:30:00am	10:00:00am
11:00:00am	11:00:00am	11:30:00am	10:30:00am
12:00:00pm	12:00:00pm	1:00:00pm	11:00:00am
3:00:00pm	1:00:00pm	2:00:00pm	12:10:00pm
4:00:00pm	2:00:00pm	3:00:00pm	2:30:00pm
5:00:00pm	3:00:00pm	4:00:00pm	3:30:00pm
6:00:00pm	4:00:00pm	5:00:00pm	4:00:00pm
SUPERVISOR		6:00:00pm	



FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUMIGACIONES LAVADO DE MANOS

Versión 1
24/2012

Mesliu

Arleed Siem

	CASO		NOMBRE Y APELLIDO		
	26-10-10	27-10-10	28-10-10	29-10-10	30-10-10

7am	9 Am	8 Am	7 Am	8 Am
8:45 Am	8 Am	9 Am	8 Am	9 Am
10 Am	9:30 Am	10:45 Am	9:30 Am	9:45 Am
10:45 Am	11 Am	11:30 Am	10 Am	11 Am
11:30 Am	11:45 Am	12 Pm	11 Am	11:50 Am
12 Pm	12:20 Pm	12:20 Pm	12 Pm	12:20 Pm

SUPERVISOR
Nivola Seng G.

		FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS LAVADO DE MANOS		Versión 2 24/03/2020	
Auxiliar CARGO	Nombre y Apellido				
Auxiliar	Carreras Dett.		26	27	28
7 Apr	7 Apr	7 Apr	8 Apr	8 Apr	8 Apr
8 Apr	8 Apr	8 Apr	9:30 Apr	9:30 Apr	9:30 Apr
11 Apr	11 Apr	11 Apr	12 par	12 par	12 par
2 par	2 par	2 par	3 par	3 par	3 par
4:30 par	4:30 par	4:30 par	5 par	5 par	5 par
/	/	/			

FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS EXPUESTOS A INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS

Version 1
07/04/2020
Página 1 de 1

28-10-20	7Am	12pm	Roxdard Oliveros	Medico.	35.5c	Roxdard Oliveros
28-10-20	7Am	5pm	Helmer Flores	Quicos (Quico)	36c	Helmer Flores
28-10-20	7Am	12pm	Shuley Mercado	Admission	35.5c	Shuley Mercado
28-10-20	7Am	12pm	Marid Paet	Medico.	36c	Marid Paet
28-10-20	7Am	12pm	Leodan Pando	Medico	36.1c	Leodan Pando
28-10-20	7Am	12pm	Heirol Erdimilly	Sistema	36.2c	Heirol Erdimilly
28-10-20	7Am	5pm	Erl Rodriguez	Jefe	36.3c	Erl Rodriguez
28-10-20	7Am	5pm	Blanco Piro	Jefe	36c	Blanca D.
28-10-20	7Am	12pm	Nirgen Piro	Aux Enfermera	35.8c	Nirgen Piro
28-10-20	7Am	12pm	Keileth Quintero	Admission	36c	Keileth Quintero
28-10-20	7Am	12pm	Ulnessi Konthud	Jefe	35.5c	Ulnessi Konthud
28-10-20	7Am	12pm	Yohelis Mercado	Voluntario	—	Yohelis Mercado
28-10-20	7Am	5pm	Yohelis Pando	ADPT.	36c	Yohelis Pando
28-10-20	7Am	6pm	Jose Sien	Medico	36.2c	Jose Sien
28-10-20	7Am	5pm	Keinzelis Diaz	Enferm. Aux.	36c	Keinzelis Diaz
28-10-20	7Am	12pm	Harold Couille J.	Admission	36c	Harold Couille J.
28-10-20	7Am	5pm	Wladis Maza B.	Aux Enferm. Aux.	36.2c	Wladis Maza B.
28-10-20	7Am	5pm	Zilvia Sandoval	ADPT.	36.3c	Zilvia Sandoval
28-10-20	7Am	5pm	Leidy Raza C.	Voluntario	36c	Leidy Raza C.

FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS EXPUESTOS A INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Version 1
07/04/2020
Página 1 de 1

26-10-20	7Am	12pm	Roxard Oliveros	Medico.	36°C	Roxard Oliveros
26-10-20	7Am	5pm	Helen Flores	Cariac (Amo)	35.4°C	
26-10-20	7Am	12pm	Shirley Madrid	Admission	36°C	
26-10-20	7Am	12pm	Marid Paet	Medico.	36.2°C	
26-10-20	7Am	12pm	Leochon Pando	Medico	36°C	
26-10-20	7Am	2pm	Hairol Esdramilly	Sistema	35.4°C	
26-10-20	7Am	5pm	Eury Rodriguez	Jefe	36°C	
26-10-20	7Am	5pm	Bernal Pinedo	Jefe	36.1°C	
26-10-20	7Am	5pm	Nirgen Pinedo	Aux enfermera	36°C	
26-10-20	7Am	12pm	Kellean Quintero	Admission	35.4°C	
26-10-20	7Am	5pm	Ylnessa Montoya	Jefe	36°C	
26-10-20	7Am	12pm	Yordis Madrid	Admission	36.2°C	
26-10-20	7Am	5pm	Yadira Pando	ADPH.	35.8°C	
26-10-20	1pm	6pm	Jose Steven	Medico	36.4°C	
26-10-20	7Am	5pm	Xavier Diaz	Enferm. Aux.	36°C	
26-10-20	7Am	12pm	Hector Ovalle	Admission	35.5°C	
26-10-20	7Am	5pm	Melidis Maza B.	Aux enfermera	36°C	
26-10-20	7Am	5pm	Zilvia Sandoval	ADPH	36.1°C	
26-10-20	7Am	5pm	Leidy Braya C.	Admission	36°C	



SEGUIMIENTO AL PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

VERSION 1

01/04/2020

PAGINA 2 DE 2

Mes: OCTUBRE.

Año: 2020.

Limpieza y desinfección de SUPERFICIES (Mesas/ Escritorios)																																
Actividades a desarrollar	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																																
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		
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								
Limpieza y desinfección de PAREDES Y VENTANAS																																
Limpieza semanal con agua y jabón				X							X							X														
Desinfección con solución de hipoclorito 0.2 %				X							X							X														
Pasar Limpión limpio y húmedo				X							X							X														
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	
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	

Nombre: Virydel Pina Fernández

Firma: Virydel Pina.

Cargo: Aux. Enfermera.

Responsable seguimiento al Protocolo de la limpieza y desinfección



SEGUIMIENTO AL PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

VERSION 1

01/04/2020

PAGINA 1 DE 2

Mes: **OCTUBRE**

Año: **2020**

Limpieza y desinfección de SUPERFICIES (Mesas/ Escritorios)

Actividades a desarrollar	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 de superficie con Alcohol Antiséptico de manera recurrente	Médicos, Enfermeras, Personal Administrativo	X	X	X		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	
Pasar Limpión seco y limpio						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 SUPERFICIES Meson del Area de Recepción)

Desinfección con solución de hipoclorito 0.2 %, de manera recurrente, entre un paciente y otro.	Auxiliar Administrativo	X	X	X		X	X	X	X	X				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Pasar Limpión limpio y húmedo		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 SILLAS (AREA DE RECEPCION)

Desinfección con solución de hipoclorito 0.2 %, de manera recurrente, entre un paciente y otro.	Auxiliar Administrativo	X	X	X		X	X	X	X	X				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Pasar Limpión limpio y húmedo		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 EQUIPOS BIOMEDICOS

Limpieza de Equipos Biomédicos con Alcohol Antiséptico de manera recurrente	Médicos, Enfermeras	X	X	X		X	X	X	X	X				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Pasar Limpión seco y limpio		X	X	X		X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X

CORONA VIRUS

Se transmite de persona a persona
o por contacto con objetos contaminados.

Prevención

Es **OBLIGATORIO** que estudiantes, docentes, nodocentes y visitantes que hayan regresado de zonas afectadas o tenido contacto con personas potencialmente en riesgo **NO CONCURRAN** a la Universidad por el plazo de 14 días (RR UNC 337/2020)



Evitar
contacto
directo



Lavarse las manos
frecuentemente
durante 20 a 30
segundos



Cubrir bien la boca
y nariz al toser,
con el pliegue del codo
o pañuelos descartables



Limpiar objetos
y superficies
2 veces al día



Usar desinfectantes
que tengan al menos
60% de alcohol

Síntomas

Fiebre
Tos seca
Goteo nasal
Dificultad para respirar
Dolor de garganta y de cabeza
Malestar abdominal
Fatiga
Escalofríos y malestar general

Ante los síntomas:

- Consultar al médico
- Recluirse en casa
- Respetar las recomendaciones



FACULTAD
DE CIENCIAS
ECONÓMICAS



UNC

Universidad
Nacional
de Cuyo

	ASISTENCIA A CAPACITACION	VERSION	3
	Y/O ENTRENAMIENTO	FECHA	30/11/2017
		Pagina 1 de 1 DOCUMENTO CONTROLADO	

TEMA: USO ADECUADO Del tAPA Boca y lavado de manos

INSTRUCTOR: Nely Pina Fernández

HORA INICIO:

FECHA: 27 octubre 2017

LUGAR: Santa Helena Del Valle IPS

HORA FINAL:

NOMBRE	CARGO	FIRMAS
Nely maria Jurumillo	USUARIO	Nely Jurumillo
Melissa Moneuy de la Cruz	USUARIO	Melissa Moneuy
Katia Estella de la Cruz	USUARIO	Katia Estella
Camilo Ernesto Beltran Torres	USUARIO	Camilo
Ana Victoria González	USUARIO	Ana González
Paulina Jaza Garcia	USUARIO	Paulina Jaza
Fauzila Linares Mercedes	USUARIO	Fauzila

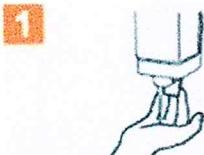
Nely Pina
FIRMA INSTRUCTOR

¿Cómo lavarse las manos?

0 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Mójese las manos con agua;



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



Frótese las palmas de las manos entre sí;

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



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



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

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

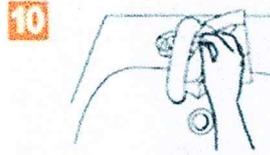


Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;

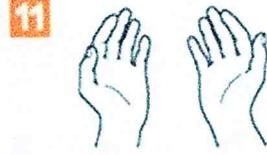


Enjuáguese las manos con agua;

Séquese con una toalla desechable;



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;



Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA GLOBAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands



PARA ABRIR
DESLICE LA
PUERTA

Ficha de datos de seguridad

Según las normas de OSHA (SGA) y las normas WHMIS de la
Canadá

Fecha de impresión: 08.04.2016

Revisión: 08.04.2016

1 Identificación de la sustancia o la mezcla y de la sociedad o la empresa

- **Identificador del producto**
- **Nombre comercial:** Sterilex Ultra Disinfectant Cleaner Solution 1
- **Número del artículo:** 63761-8
- **Uso recomendado y restricciones de uso**
- **Uso recomendado:** Desinfectante
- **Restricciones de uso:** No existen más datos relevantes disponibles.
- **Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad**
- **Fabricante/distribuidor:**
Sterilex Corporation
111 Lake Front Drive
Hunt Valley, MD 21030
Phone: 443-541-8800
- **Teléfono de emergencia:**
ChemTel Inc.
(800) 255-3924 (Norteamérica), +1 813-248-0585 (Internacional)

2 Identificación de los peligros

- **Clasificación de la sustancia o de la mezcla**
Corr. cut. 1B H314 Provoca quemaduras graves en la piel y lesiones oculares graves.
- **Datos adicionales:**
Concentrated product is corrosive as shown in this document. When diluted at least 1:1 (50% or less solution) with water, product is non-hazardous.

- **Elementos de la etiqueta**
- **Elementos de las etiquetas del SAM**
El producto se ha clasificado y etiquetado de conformidad con el Sistema Globalmente Armonizado (GHS).
- **Pictogramas de peligro**

GHS05
- **Palabra de advertencia** Peligro
- **Componentes peligrosos a indicar en el etiquetaje:**
compuestos de amonio cuaternario, bencil-C12-18-alquildimetil, cloruros
Alkyl dimethyl ethyl benzyl ammonium chloride
- **Indicaciones de peligro**
H314 Provoca quemaduras graves en la piel y lesiones oculares graves.
- **Consejos de prudencia**
P260 No respirar el la niebla/los vapores/el aerosol.
P264 Lavarse concienzudamente tras la manipulación.
P280 Llevar guantes/prendas/gafas de protección.

(se continua en página 2)