 <p><b>Santa Helena</b> del Valle IPS</p> <p>La Salud, nuestra responsabilidad</p>	<b>COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2020 (SG- SST)</b>	Versión 01 16-07-2019 Página 1 de 4
---	---	---

### 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

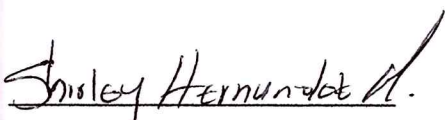
- Ver siguiente cuadro.

### 1. PLAN DE MEJORAMIENTO

El COPASST establece estas recomendaciones

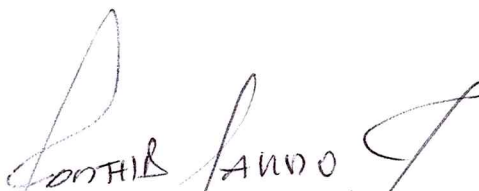
ACTIVIDAD PROGRAMADA	FECHA PLANEACIÓN	FECHA DE REALIZACION	RESPONSABLE
Surgimiento a casos sospechosos de Covid	Diario	Diario	Gerencia y RR HH
Acciones correctiva a hallazgos de inspección de seguridad	03-11-2020		SST y RR HH
Escoger aspirantes a pertenecer al comité de convivencia laboral	21-10-2020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

Asistentes:



SHIRLY HERNANDEZ MENDOZA

Representante COPASST Trabajadores



MARTHA IVONNE PARDO ARROYAVE


Representante COPASST Empleador

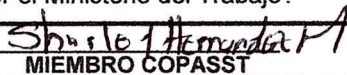
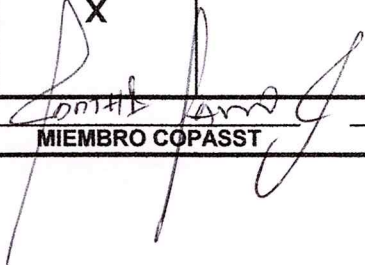
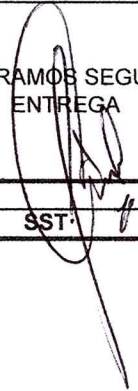


CARLOS CÓRDOBA CORTINA

Líder de SST



	<b>SANTA HELENA DEL VALLE IPS</b>		<b>VERSIÓN: 1</b>
	<b>ACTAS COPASST</b>		
			<b>FECHA: 23/07/2020</b>

<b>REVISION CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCIÓN COVID-19</b>			
<b>ENCUESTA SEGUIMIENTO A MEDIDAS DE CONTROL MINSALUD</b>			
<b>DEL 26 AL 30 DE OCTUBRE DE 2020</b>			
<b>ASPECTOS A VERIFICAR</b>	<b>RESPUESTAS</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
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?	<b>X</b>		REGISTROS
Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	<b>X</b>		SE CUENTA CON MATRIZ DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	<b>X</b>		
Los EPP se están entregando oportunamente?	<b>X</b>		
Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	<b>X</b>		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?	<b>X</b>		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?	<b>X</b>		ESPERAMOS SEGUNDA ENTREGA
<b>FIRMAN:</b>   			
<b>MIEMBRO COPASST</b>		<b>MIEMBRO COPASST</b>	<b>SST</b>



• POSITIVA COMUNICA •  
AGENCIA DE COMUNICACIÓN Y MARKETING



POSITIVA  
COMPAÑIA DE SEGUROS

Lo más rico en este  
momento es estar

**Saludable**



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

---

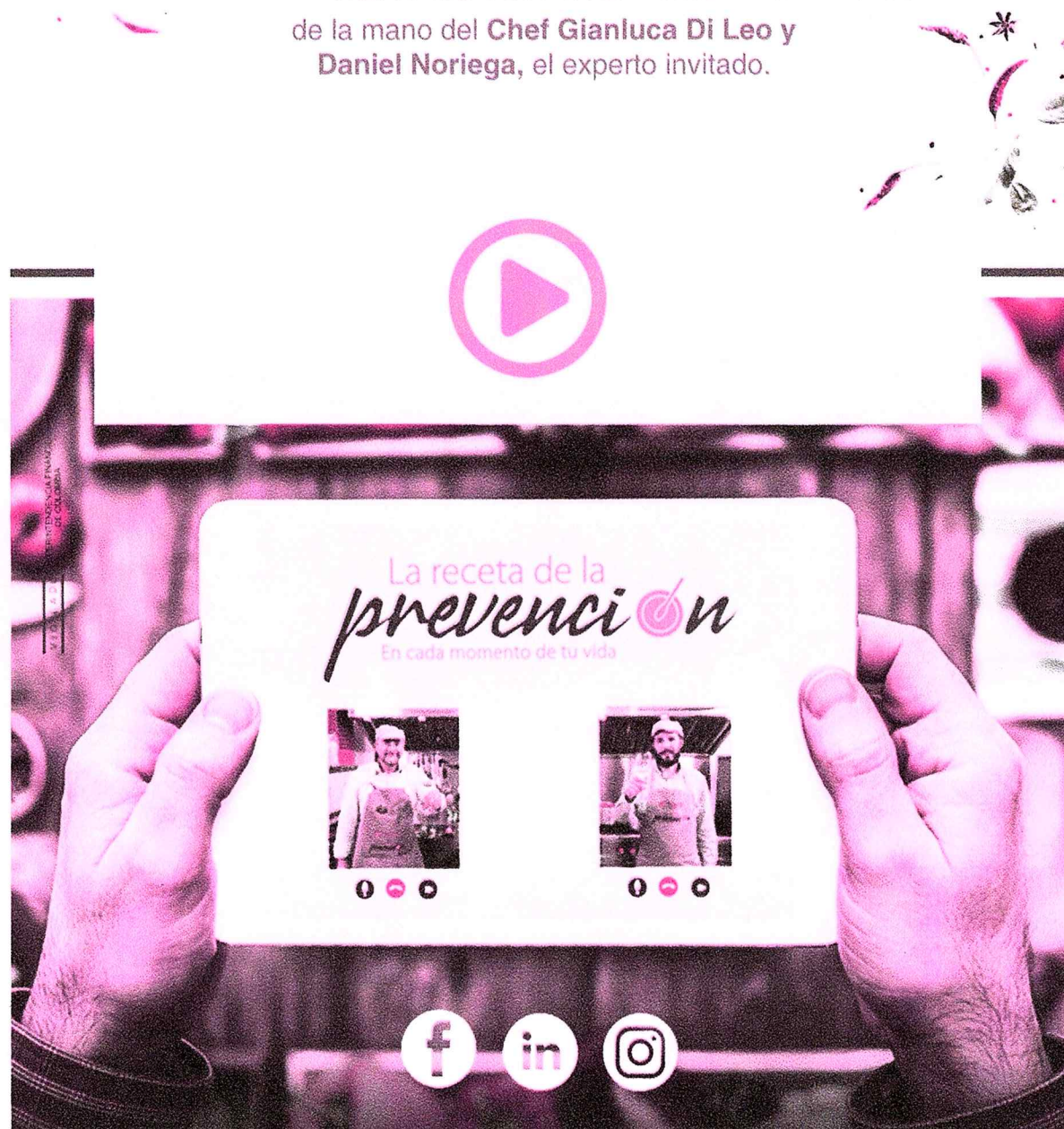
Verdades y mitos  
sobre los virus.

---

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.






	<b>LISTADO DE INSPECCIÓN SST ( SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)</b>	VERSIÓN: 1
	<b>INSPECCIÓN EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE</b>	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 de 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 bajo 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	✓				

	<b>LISTADO DE INSPECCIÓN SST ( SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)</b>	VERSIÓN: 1
	<b>INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE</b>	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	✓				
Está 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 está en buen estado (no reventado)	✓				
No presenta signos de daño o maltrato	✓				
Presenta señalización e instrucciones legibles		✓			Falta en Extintor Vacunación y parqueadero
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	✓				



	<b>LISTADO DE INSPECCIÓN SST ( SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)</b>	VERSIÓN: 1
	<b>INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE</b>	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 botiquin esta ubicado de forma visible y accesible	✓				
El botiquin esta señalizado			✓		Señalizar
Se realiza seguimiento a la dotación del botiquin (Fecha de la última revisión)			✓		Listado (Anexar)
El botiquin 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.	✓				



	<b>LISTADO DE INSPECCIÓN SST ( SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)</b>	VERSIÓN: 1
	<b>INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE</b>	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.		<input checked="" type="checkbox"/>			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.	<input checked="" type="checkbox"/>				
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.	<input checked="" type="checkbox"/>				
El personal de la brigada ha recibido entrenamiento y capacitación en temas de prevención y control de emergencias			<input checked="" type="checkbox"/>		conformar
Se han realizado simulacros y se tienen registros de este.			<input checked="" type="checkbox"/>		
Se han tomado acciones posteriores a la realización de simulacros			<input checked="" type="checkbox"/>		
Se cuenta con manual de prevención y control para caso de emergencias en la Empresa	<input checked="" type="checkbox"/>				
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.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se cuenta con un inventario de la población fija y/o por áreas o frentes de trabajo.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se cuenta con buen servicio de comunicaciones (telefónica, correos electrónicos etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se cuenta con un tanque de reserva de agua o pozo subterráneo	<input checked="" type="checkbox"/>				Elevado
Se cuenta con una planta de abastecimiento eléctrico de emergencia	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se cuenta con algún sistema de vigilancia	<input checked="" type="checkbox"/>				C.C. T.V.
Existe señalización (Prevención en seguridad industrial y ambiental)	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se encuentra señalización de zonas de advertencia (paso restringido, peligros eléctricos)	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se encuentra la señalización limpia y en buen estado.	<input checked="" type="checkbox"/>				
<b>ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO</b>					
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)	<input checked="" type="checkbox"/>				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)	<input checked="" type="checkbox"/>				No.
Se realizaron las evaluaciones de desempeño correspondientes al periodo evaluado			<input checked="" type="checkbox"/>		Realizar (R.R. H.H)
Registro de vacaciones actualizado	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se realizaron las capacitaciones programadas del sistema SST para el periodo evaluado		<input checked="" type="checkbox"/>			se priorizan las de Covid-19
Se llevaron a cabo las actividades de Bienestar programadas en el periodo evaluado		<input checked="" type="checkbox"/>			
<b>ENTORNO AMBIENTAL</b>					
Se cuenta con bombillos ahorradores en las áreas de trabajo y diferentes instalaciones de la Empresa	<input checked="" type="checkbox"/>				
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			<input checked="" type="checkbox"/>		utilizar
Uso de recipientes debidamente señalizados para el desecho de residuos, según aplique (reciclables, ordinarios, peligrosos, etc)	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se hace separación de desechos conforme al tipo de generación (orgánicos, papel, peligrosos)	<input checked="" type="checkbox"/>				
Existe un adecuado vertimiento de los residuos propios de las actividades ejecutadas por la empresa.	<input checked="" type="checkbox"/>				

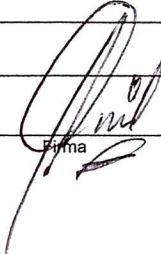
	<b>LISTADO DE INSPECCIÓN SST ( SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)</b>	VERSIÓN: 1
	<b>INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE</b>	FECHA: 19-10-2020

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
<b>ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL</b>					
Hay un ambiente organizacional propicio para ejecutar las labores y actividades, libre de alteración de las relaciones interpersonales	✓				
<b>HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, MEDICINA PREVENTIVA DE TRABAJO</b>					
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





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

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (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 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? (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: *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-ADMINISTRATIVO(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: Leibez 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	<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: Johadys Mendoza López

N° DOCUMENTO: 1192.779476

ARL: positiva

30-10-2020

## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMINISTRATIVO(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-ADMINISTRATIVO(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 Emile 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	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: Socorro de la Hoz D.

N° DOCUMENTO: 42492769.

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	<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: 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? (MALÚQUERA)	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:

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

NOMBRE: Wilmer Arcozosa

N° DOCUMENTO: 1192758648

ARL: Positiva.

27-10-2020



## AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

DESCARGAR INSTRUCTIVO

( /AUTOEVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVO/AUTOEVALUACIONCOVID )

\* 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? <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 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**

		<b>SANTA HELENA DEL VALLE IPS</b> 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	Yusaidis Ibarra	1065839032	Monte 196030	10:25 AM	36.6	10:40	35.3		✓	No		✓	Yusaidis
2	30-10-2020	Marys Bugallo	1193579999	Pinama Calle 39 # 5629	10:26	35.9	10:50 AM	35.0		✓	No		✓	Marys
3	30-10-2020	Maria Duran	1065929844	Funke de 22-162-04	10:26 AM	35.5	10:30	35.0		✓	No		✓	Maria Duran
4	30-10-2020	Kendy Gutierrez	1065612900	Calle 5 # 12	10:26	36.2	10:30	35.8		✓			✓	Kendy G.
5	30-10-2020	Geny Quiñones	1074110118	Rta. 4 # 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	Julia Molina	144722458	Calle 40 # 12	11:02	36.7	-	36.0		✓			✓	Julia Molina
9	30-10-2020	Silva Maria	1003379605	MZ-2-00	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

Versión 1

19/05/2020

Página 1 de 1

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 GUCERINADO									
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

Página 1 de 1



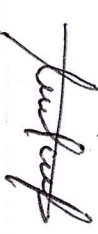
FECHA	HORA DE ENTREGA	NOMBRE Y APELLIDOS	EPP ENTREGADOS	FIRMA
26/10/20	11:00am	lecter Rivala. CARGO: MEDICO	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	
26/10/20	11:00am	Yania. M. Patel CARGO: MEDICO	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Yania. M. Patel
26/10/20	11:00am	Lesana Olateros CARGO: MEDICO	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Lesana Olateros
26/10/20	11:00am	Blanca Pino CARGO: Enfermera.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Blanca. Pino.
26/10/20	11:00am	Maribel Dias CARGO: Aux. Ent.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Maribel. D.
26/10/20	11:30am	Elisabels Suarez. CARGO: Enfermera	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Elisabels
26/10/20	11:00am	Lepezg. M. CARGO: Aux. Ent.	BATA, GORRO, GAFAS, TAPA BOCA, POLAINAS, CARETA, GUANTES.	Lepezg. M.

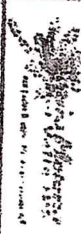


	FORMATO DE ENTREGA DE EPP PARA LA ATENCION DE PACIENTES		Version 1
			07/04/2020
			Página 1 de 1

FECHA	HORA DE ENTREGA	NOMBRE Y APELLIDOS	EPP ENTREGADOS	FIRMA
27/10/20	7:00am	Eva Doris Sorel. CARGO: Enfermera.	BATA ,GORRO,GAFAS,TAPA BOCA ,POLAINAS, CARETA,GUANTES.	Eva Doris
27/10/20	7:00am	Lepezay H. CARGO: Act-Ent.	BATA ,GORRO,GAFAS,TAPA BOCA ,POLAINAS, CARETA,GUANTES.	Lepezay H.
27/10/20	8:00am	Vanessa Trantoya. 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	Uribe Pina CARGO: Act-Ent.	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA,POLAINAS,CARETA,GUANTES.	Uribe Pina
27/10/20	7:00am	Margarita Diaz CARGO: Act-Ent.	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA,POLAINAS,CARETA,GUANTES.	Margarita D
27/10/20	7:00am	Dora y Sanabona CARGO: Nutricionista.	BATA ,GORRO,GAFAS, TAPA BOCA,POLAINAS,CARETA,GUANTES.	Dora y Sanabona



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	7:00am	MARCELO D. A2. CARGO: Asx. enf.	Bata, Tapa Boca, Gorro Polainas, Careta, Guantes	MARCELO D.
30/10/20	7:30am	LEPZUSY. M. CARGO: Asx. enf.	Bata, Tapa Boca, Gorro, Polainas, Careta, Guantes	lepzusy.m
30/10/20	7:30am	ELIADORIS SAREZ CARGO: Enfermera.	Bata, Tapa Boca, Gorro Polainas, Careta, Guantes	ELIADORIS
30/10/20	7:30am	JOSUELYS YLENDEZA. CARGO: Asx. Enfermera.	Bata, Tapa Boca, Gorro, Polainas, Careta, Guantes	JOSUELYS.M
30/10/20	8:00am	YUNESKA TRONTOYA. CARGO: Enfermera.	Bata, Tapa Boca, Gorro, Polainas, Careta, Guantes	YUNESKA MB.
30/10/20	8:00am	JOAN CARLOS GIL CARGO: Internista.	Bata, Tapa Boca, Gorro, Polainas, Careta, Guantes	
30/10/20	8:00am	LAUREN HERNANDEZ CARGO: Ginecologa.	Bata, Tapa Boca, Gorro, Polainas, Careta, Guantes	
30/10/20	1:00am	VELSY DEBANS CARGO: MEDICO.	Bata, Tapa Boca, Gorro, Polainas, Careta, Guantes	



FORMATO DE REGISTRO A PERSONAS LAVADO DE MANOS

Fecha: 3  
2020

ACT: Enfermería

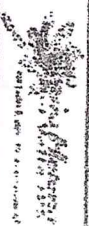
Unidad Práct. Fernández

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
9:00am	9:00:00am	9:30:00am	9:00:00am
9:30am	9:30:00am	10:00:00am	9:30:00am
10:00am	10:00:00am	10:30:00am	10:00:00am
10:30am	10:30:00am	11:00:00am	10:30:00am
11:00am	11:00:00am	11:30:00am	11:00:00am
11:30am	11:30:00am	12:00:00pm	11:30:00pm
12:00pm	12:00:00pm	12:30:00pm	12:00:00pm
12:30pm	12:30:00pm	1:00:00pm	12:30:00pm
1:00pm	1:00:00pm	1:30:00pm	1:00:00pm
1:30pm	1:30:00pm	2:00:00pm	1:30:00pm
2:00pm	2:00:00pm	2:30:00pm	2:00:00pm
2:30pm	2:30:00pm	3:00:00pm	2:30:00pm
3:00pm	3:00:00pm	3:30:00pm	3:00:00pm
3:30pm	3:30:00pm	4:00:00pm	3:30:00pm
4:00pm	4:00:00pm	4:30:00pm	4:00:00pm
4:30pm	4:30:00pm	5:00:00pm	4:30:00pm
5:00pm	5:00:00pm	5:30:00pm	5:00:00pm
5:30pm	5:30:00pm	6:00:00pm	5:30:00pm
6:00pm	6:00:00pm	6:30:00pm	6:00:00pm
SUPERVISOR		6:00pm	



FOMATO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS LAVADO DE MANOS		Fecha: 1	24/03/2020
Medico		Arceled Stein	
CARGO	NOMBRE Y APELLIDO		
26-10-10	27-10-10	28-10-10	29-10-10
30-10-10	31-10-10	01-11-10	02-11-10
03-11-10	04-11-10	05-11-10	06-11-10
07-11-10	08-11-10	09-11-10	10-11-10
11-11-10	12-11-10	13-11-10	14-11-10
15-11-10	16-11-10	17-11-10	18-11-10
19-11-10	20-11-10	21-11-10	22-11-10
23-11-10	24-11-10	25-11-10	26-11-10
27-11-10	28-11-10	29-11-10	30-11-10
31-11-10	01-12-10	02-12-10	03-12-10
04-12-10	05-12-10	06-12-10	07-12-10
08-12-10	09-12-10	10-12-10	11-12-10
12-12-10	13-12-10	14-12-10	15-12-10
16-12-10	17-12-10	18-12-10	19-12-10
20-12-10	21-12-10	22-12-10	23-12-10
24-12-10	25-12-10	26-12-10	27-12-10
28-12-10	29-12-10	30-12-10	31-12-10
SUPERVISOR: Arceled Stein			





FORMATO DE SUMARIO A PERSONAJOS LAVADO DE MANOS

Fecha:  
Lugar:

Leopoldo Hernandez De la Cruz

CARGO

NOMBRE Y APELLIDO

26-10 27-10 28-10 29-10 30-10

7:35am 7:40am 7:15am 7:20am 7:18am

7:45am 7:55am 7:40am 7:50am 7:38am

8:00am 8:10am 8:10am 8:05am 8:15am

8:50am 8:42am 8:45am 8:40am 8:50am

9:20am 9:10am 9:25am 9:20am 9:20am

9:45am 9:45am 9:50am 9:45am 9:50am

10:10am 10:30am 10:30am 10:25am 10:25am

10:40am 11:00am 11:00am 11:00am 11:00am

11:10am 11:30am 11:38am 11:30am 11:30am

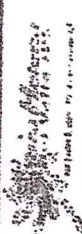
11:40am 11:55am 11:55am 11:50am 11:52am

12:10pm 12:15pm 12:05pm 12:15pm 12:10pm

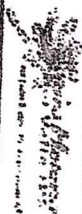








SUPERVISOR





		FORMATO DE SEGUIMIENTO A FEMENINIZADOS LAVADO DE MANOS				Versión 2 24/03/2020	
Auxiliar Externas		CARGO		NOMBRE Y APELLIDO			
26 10 20		27 10 20		28 10 20		29 10 20	
7 Am		7 Am		7 Am		7 Am	
8 Am		8:30 Am		8 Am		8:45 Am	
9:30 Am		9 Am		9:30 Am		10 Am	
11 Am		10 Am		11 Am		10:50 Am	
12 Pm		11 Am		12 Pm		12 Pm	
2 Pm		12 Pm		1 Pm		1 Pm	
3 Pm		1 Pm		2:30 Pm		2:45 Pm	
4:30 Pm		3 Pm		4 Pm		4 Pm	
5 Pm		4 Pm		5 Pm		5 Pm	
✓		5 Pm		✓		✓	
✓		✓		✓		✓	
✓		✓		✓		✓	
✓		✓		✓		✓	
✓		✓		✓		✓	
✓		✓		✓		✓	
✓		✓		✓		✓	
SUPERVISOR							



FORMATO DE SEGUIMIENTO A PERSONAJES LAVADO DE MANOS		NOMBRE Y APELLIDO		FECHA	
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			
<div>  </div>		<div>  </div>			



## RESPIRATORIAS AGUDAS

[illegible]





FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS EXPUESTOS A INFECCIONES  
RESPIRATORIAS AGUDAS

Version 1  
07/04/2020  
Página 1 de 1

No. de Atención	Fecha	Hora	Nombre del Funcionario	Edad	Sexo	Profesión	Grado de Educación	Grado de Especialización	Grado de Formación	Grado de Especialización	Grado de Formación
28-10-20	28-10-20	12pm	Roxana Oliveros	35.5c	F	Medico	35.5c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	3pm	Heiner Flores	36c	M	Medico	36c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	12pm	Shirley Madrid	35.5c	F	Medico	35.5c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	12pm	Marid Paret	36c	F	Medico	36c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	12pm	Leodora Pardo	36.1c	F	Medico	36.1c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	12pm	Heidi Cardinale	36.2c	F	Medico	36.2c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	3pm	Eva Rodriguez	36.3c	F	Medico	36.3c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	3pm	Blanca Pino	36c	F	Medico	36c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	12pm	Nirgen Pineda	35.8c	F	Medico	35.8c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	12pm	Maribel Quintana	36c	F	Medico	36c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	12pm	Udineza Montoya	35.5c	F	Medico	35.5c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	12pm	Yolanda Madrid	—	F	Medico	—	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	3pm	Maribel Pardo	36c	F	Medico	36c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	6pm	Jose Alejo	36.2c	M	Medico	36.2c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	3pm	Maribel Diaz	36c	F	Medico	36c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	12pm	Maribel Cuervo	36c	F	Medico	36c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	3pm	Maribel Plaza	36.2c	F	Medico	36.2c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	3pm	Maribel Plaza	36.3c	F	Medico	36.3c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia
28-10-20	28-10-20	3pm	Maribel Plaza	36c	F	Medico	36c	Residencia	Residencia	Residencia	Residencia



FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS EXPUESTOS A INFECCIONES  
RESPIRATORIAS AGUDAS

Version 1  
07/04/2020  
Página 1 de 1

26-10-20	7Am	12pm	Roxana Oliveros	Medico	36°C	Roxana Oliveros	
26-10-20	7Am	5pm	Heiner Flores	Cuico (Luis)	35.4°C		
26-10-20	7Am	12pm	Shirley Macdonald	Admision	36°C		
26-10-20	7Am	12pm	David Paet	Medico	36.2°C		
26-10-20	7Am	12pm	Leobon Pando	Medico	36°C		
26-10-20	7Am	12pm	Heidi Esderville	513te	35.4°C		
26-10-20	7Am	5pm	Edu Rodriguez	Jeje	36°C		
26-10-20	7Am	5pm	Blanca Piro	Jeje	36.1°C		
26-10-20	7Am	5pm	Nirgen Piro	Aux enferme	36°C		
26-10-20	7Am	12pm	Keleth Quintero	Admision	35.4°C		
26-10-20	7Am	5pm	Leonora Montoya	Jeje	36°C		
26-10-20	7Am	12pm	Yolanda Macdonald	Medico	36.2°C		
26-10-20	7Am	5pm	Michelle Pando	Adm.	35.8°C		
26-10-20	1Pm	6pm	Jose Oleina	Medico	36.4°C		
26-10-20	7Am	5pm	Marcelo Diaz	Enferm. Aux.	36°C		
26-10-20	7Am	12pm	Harold Cuvelle	Admision	35.5°C		
26-10-20	7Am	5pm	Wladis Maza G.	Aux enferme	36°C		
26-10-20	7Am	5pm	Elvira Sanchez	Admision	36.1°C		
26-10-20	7Am	5pm	Leidy Abayaca	Medico	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								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

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: Virgilio Pina FernándezFirma: Virgilio 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 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	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	

### 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	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	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	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	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	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	X	X	



[illegible]



# 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 Córdoba



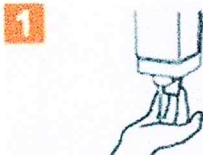
[illegible]

# ¿Cómo lavarse las manos?

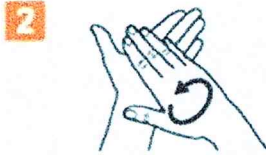
**0** Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



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;



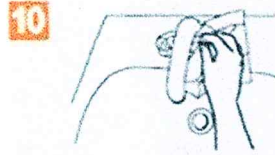
Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



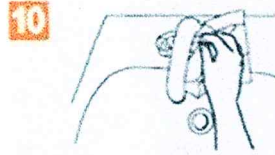
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



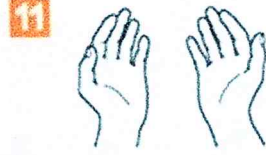
Enjuáguese las manos con agua;



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













# 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 )