



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 08 AL 14 DE FEBRERO DE 2021

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		SEGÚN LISTADO
Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		SEGÚN 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		DE ACUERDO A CADA CARGO
Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X		
Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	X		

FIRMAN:

[Signature]
MIEMBRO COPASST

[Signature]
SST

ACTA DE REUNION 45

Hora: 9:20 am – 10:20 am

Periodo: 08 AL 14/02/2021

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: 13/02/2021

Lugar: ADMINISTRACION

1. Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
2. Actualización de gestión documental
3. Seguimiento a casos de afecciones gripales, casos sospechosos de Covid e incapacidades médicas
4. Exámenes médicos ocupacionales
5. Capacitaciones y socializaciones a usuarios de la IPS
6. Capacitaciones y socializaciones a funcionarios de la IPS
7. Sensibilización a funcionarios sobre la necesidad de mantener las medidas de control después de haberse vacunado contra el covid-19
8. Renovación del COPASST
9. Adecuación de espacios en la IPS para ubicar área de vacunación para el Covid-19

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

2021

3. La Doctora MARTHA PARDO ARROYAVE, lidera la realización de la reunión asesorada por la CARLOS CÓRDOBA CORTINA, líder de SST
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 09:20 am del 13/02/2021, se reúnen en la oficina de recursos humanos de SANTA HELENA DEL VALLE IPS S.A.S el líder de COPASST y el líder de SST para realizar seguimiento a los protocolos de bioseguridad ante la pandemia del Covid-19

PRESENTACIÓN DE LA AGENDA

1. Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
2. Actualización de gestión documental
3. Seguimiento a casos de afecciones gripales, casos sospechosos de Covid e incapacidades médicas
4. Exámenes médicos ocupacionales
5. Capacitaciones y socializaciones a usuarios de la IPS
6. Capacitaciones y socializaciones a funcionarios de la IPS
7. Sensibilización a funcionarios sobre la necesidad de mantener las medidas de control después de haberse vacunado contra el covid-19
8. Renovación del COPASST
9. Adecuación de espacios en la IPS para ubicar área de vacunación para el Covid-19

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 la implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud, se verifica que diariamente se

estén realizando en todas las áreas incluyendo a los pacientes de vacunación debido a cambio de acceso a esta área:

Lavado de manos

Encuestas de salud

Toma de temperatura

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.

2. Se realiza revisión y actualización de la gestión documental de la empresa por parte de los encargados de la gestión de calidad
3. Esta semana no se presentaron casos de resfriado con síntomas de gripa en funcionarios de la IPS
4. Se siguen realizando los exámenes médicos ocupacionales a funcionarios
5. Se realizaron capacitaciones y socializaciones a usuarios de esta IPS, por parte de personal asistencial
6. Se realizaron capacitaciones y socializaciones a funcionarios de esta IPS, por parte de personal asistencial
7. Se realiza socialización a funcionarios de la IPS, sobre mitos y realidades de las vacunas para el covid-19 y las medidas de control existentes para evitar el contagio
8. Se planea renovación del COPASST para la próxima semana
9. Se realizan movimiento de puestos de trabajo y adaptación de espacio para el área que se va a utilizar como zona de vacunación Covid en la IPS

OBSERVACIONES

Renovar el COPASST

PARTICIPACIÓN DE LA ARL POSITIVA

Acompañamiento telefónico de asesor de positiva a reunión del Copasst

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL COPASST

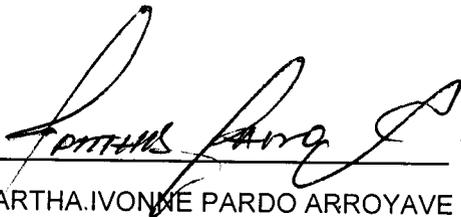
- Ver siguiente cuadro.

• **PLAN DE ACCIÓN**

El COPASST establece estas recomendaciones

ACTIVIDAD PROGRAMADA	FECHA PLANEACIÓN	FECHA DE REALIZACION	RESPONSABLE
Cumplimiento protocolos de Bioseguridad	Diario	Diario	Gerencia y SST
Cumplimiento plan de acción resultado de las inspecciones de seguridad	Enero 2021		SST - Gerencia
Planeación de actividades SST año 2021	25-01-2021		SST - Gerencia
Renovación del COPASST	13-02-21		Coordinación-SST

Asistentes:



MARTHA.IVONNE PARDO ARROYAVE
Representante COPASST Empleador



CARLOS CÓRDOBA CORTINA
Líder de SST



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900085612
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 14 N 1731 TELÉFONO:	5710334
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
NÚMERO PLANILLA:	7776689512		TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN:	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN:	MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/01/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	856783825	

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800229739	230201	230201- PROTECCION	1		\$ 148.800
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	7		\$ 1.967.900
800227940	231001	231001-COLFONDOS	6		\$ 1.076.800
800224808	230301	230301-PORVENIR	5		\$ 1.303.600
SUBTOTAL:			19		\$ 4.497.100
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	10		\$ 710.000
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		\$ 115.900
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		\$ 110.000
804002105	ESSC33	ESSC33-COMPARTA	2		\$ 109.200
890102044	CCFC55	CCFC55- CAJACOPI ATLANTICO	3		\$ 113.200
824001398	EPSIC1	EPSIC1-DUSAKAW	1		\$ 38.000
SUBTOTAL:			20		\$ 1.196.300
CAJA DE COMPENSACIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
892399989	CCF15	CCF15-COMFACESAR	20		\$ 1.196.300
SUBTOTAL:			20		\$ 1.196.300
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	20		\$ 312.900
SUBTOTAL:			20		\$ 312.900

TOTAL PAGADO:	\$ 7.202.600
----------------------	---------------------



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
N. SOCIAL:	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACION:	900085612	NUMERO PLANILLA:	7776689512	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
		SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS		PERIODO COTIZACION OTROS	dicembre AÑO 2020	PERIODO COTIZACION SALUD:	enero AÑO 2021
	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR	DIAS DE MORA	0		
	CARRERA 14 N 1731	TELÉFONO:	5710334	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/01/12	NUMERO AUTORIZACION:	856783825
	01-EMPLEADOR PRIVADA	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES				
	UNICO	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.				
RACION: RADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				SI			

TOTAL APORTES A PENSION														
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		APORTES		VALOR PAGADO
				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA			
231001-COLFONDOS		6	\$ 1.076.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.076.800	\$ 0	\$ 1.076.800
230201- PROTECCION		1	\$ 148.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 148.800	\$ 0	\$ 148.800
230301-PORVENIR		5	\$ 1.303.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.303.600	\$ 0	\$ 1.303.600
25-14 COLPENSIONES		7	\$ 1.967.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.967.900	\$ 0	\$ 1.967.900
												\$ 4.497.100	\$ 0	\$ 4.497.100

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		APORTES		VALOR PAGADO
			NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	UPC	COTIZACION	UPC	APORTES	MORA	
EPS002-SALUD TOTAL		2		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 115.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 115.900	\$ 0	\$ 0	\$ 115.900
ECFCSS-CAJACOPI ATLANTICO		3		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 113.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.200	\$ 0	\$ 0	\$ 113.200
EPS005-SANTAS S.A		10		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 710.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 710.000	\$ 0	\$ 0	\$ 710.000
EPSIC1-DUSKAW		1		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 38.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 38.000	\$ 0	\$ 0	\$ 38.000
ESSC33-COMPARTA		2		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 109.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 109.200	\$ 0	\$ 0	\$ 109.200
EPS037-NUOVA EPS		2		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 110.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 110.000	\$ 0	\$ 0	\$ 110.000
												\$ 1.196.300	\$ 0	\$ 0	\$ 1.196.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		APORTES		VALOR PAGADO		
			NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO				
14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A		20		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 312.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 312.900	\$ 0	\$ 312.900	
												\$ 312.900	\$ 0	\$ 0	\$ 312.900

TOTAL APORTES A RIESGOS DE VEJECES															
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		APORTES		VALOR PAGADO				
			PLANILLA	VALOR	COTIZACION	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO						
ECF15-COMFACE SAR		20		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 1.196.300	\$ 0	\$ 0	\$ 1.196.300				
												\$ 1.196.300	\$ 0	\$ 0	\$ 1.196.300

DATOS DEL COTIZANTE														LIQUIDACION DE LA PLANILLA APORTES																																			
RES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLONBANDO	EXTRANJERO	RENTA	ING	NET	TDE	TAE	TAP	VSP	VST	SUN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAES COT	PENSION				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				PARAFISCALES												
																									IBC	COTIZACION	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR	TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	IBC	COTIZACION	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE			
DEPEN			\$ 950.000	FLUO	SI																			25-14 COLPENSIONES	30	\$ 950.000	\$ 152.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 152.000	EPS005-SANTAS S.A.	30	\$ 950.000	\$ 38.000	\$ 0	\$ 38.000	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 950.000	\$ 5.000	\$ 950.000	ECF15-COMFACE SAR	\$ 38.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
DEPEN			\$ 2.827.500	FLUO	SI		31																25-14 COLPENSIONES	30	\$ 2.827.500	\$ 420.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 420.400	EPS005-SANTAS S.A.	30	\$ 2.827.500	\$ 105.100	\$ 0	\$ 105.100	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 2.827.500	\$ 27.500	\$ 2.827.500	ECF15-COMFACE SAR	\$ 105.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
DEPEN			\$ 950.000	FLUO	SI																		231001-COLFONDOS	30	\$ 950.000	\$ 152.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 152.000	EPS037-NUOVA EPS	30	\$ 950.000	\$ 38.000	\$ 0	\$ 38.000	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 950.000	\$ 5.000	\$ 950.000	ECF15-COMFACE SAR	\$ 38.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
DEPEN			\$ 950.000	FLUO	SI		30																231001-COLFONDOS	30	\$ 950.000	\$ 152.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 152.000	EPS005-SANTAS S.A.	30	\$ 950.000	\$ 38.000	\$ 0	\$ 38.000	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 950.000	\$ 5.000	\$ 950.000	ECF15-COMFACE SAR	\$ 38.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
DEPEN			\$ 2.000.000	FLUO	SI																		231001-COLFONDOS	30	\$ 2.000.000	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 320.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	\$ 2.000.000	\$ 80.000	\$ 0	\$ 80.000	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 2.000.000	\$ 48.000	\$ 2.000.000	ECF15-COMFACE SAR	\$ 80.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
DEPEN			\$ 1.800.000	FLUO	SI																		25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.800.000	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 288.000	ESSC33-COMPARTA	30	\$ 1.800.000	\$ 72.000	\$ 0	\$ 72.000	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 1.800.000	\$ 18.000	\$ 1.800.000	ECF15-COMFACE SAR	\$ 72.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



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)

 SI NO NO Estoy Seguro

¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?

 SI NO NO Tengo Termómetro

¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?

Resultado Grado Celsius (Centígrados)

¿Has presentado tos seca?	<input checked="" type="radio"/> Sin tos seca	<input type="radio"/> Poca tos	<input type="radio"/> Tos Persistente
¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido malestar general ("maluquera")?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Sientes que te duelen los músculos?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Te duele la cabeza?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que respiras normal?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Sientes alguna molestia en el pecho? ("opresión o ardor")	<input checked="" type="radio"/> Ninguna Molestia	<input type="radio"/> Poca Molestia	<input type="radio"/> Fuerte Molestia
¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido dolor de garganta?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido diarrea?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <i>(Para trabajadores de la Salud, conteste afirmativamente, en los casos de contacto menor a (1) metro de distancia y más de (15) minutos, sin uso de EPP)</i>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro



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)

 SI NO NO Estoy Seguro

¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?

 SI NO NO Tengo Termómetro

¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?

Resultado Grado Celsius (Centígrados)

¿Has presentado tos seca?	<input checked="" type="radio"/> Sin tos seca	<input type="radio"/> Poca tos	<input type="radio"/> Tos Persistente
¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido malestar general ("maluquera")?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Sientes que te duelen los músculos?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Te duele la cabeza?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que respiras normal?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Sientes alguna molestia en el pecho? ("opresión o ardor")	<input checked="" type="radio"/> Ninguna Molestia	<input type="radio"/> Poca Molestia	<input type="radio"/> Fuerte Molestia
¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido dolor de garganta?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido diarrea?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <i>(Para trabajadores de la Salud, conteste afirmativamente, en los casos de contacto menor a (1) metro de distancia y más de (15) minutos. sin uso de EPP)</i>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro



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)

 SI NO NO Estoy Seguro

¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?

 SI NO NO Tengo Termómetro

¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?

Resultado Grado Celsius (Centígrados)

¿Has presentado tos seca?	<input checked="" type="radio"/> Sin tos seca	<input type="radio"/> Poca tos	<input type="radio"/> Tos Persistente
¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido malestar general ("maluquera")?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Sientes que te duelen los músculos?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Te duele la cabeza?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que respiras normal?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Sientes alguna molestia en el pecho? ("opresión o ardor")	<input checked="" type="radio"/> Ninguna Molestia	<input type="radio"/> Poca Molestia	<input type="radio"/> Fuerte Molestia
¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido dolor de garganta?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido diarrea?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <i>(Para trabajadores de la Salud, conteste afirmativamente, en los casos de contacto menor a (1) metro de distancia y más de (15) minutos, sin uso de EPP)</i>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro



AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19



DESCARGAR INSTRUCTIVO

(/AUTOEVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID)

* Tipo de Documento Usuario

CÉDULA DE CIUDADANIA

* Número Documento del Usuario

26863757

MARGARITA NORIEGA CARDENAS

SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS

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

¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)

SI

NO

NO Estoy Seguro

¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?

SI

NO

NO Tengo Termómetro

¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?

Resultado 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 type="radio"/> Sin dolor	<input checked="" type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que respiras normal?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Sientes alguna molestia en el pecho? ("opresión o ardor")	<input checked="" type="radio"/> Ninguna Molestia	<input type="radio"/> Poca Molestia	<input type="radio"/> Fuerte Molestia
¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido dolor de garganta?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido diarrea?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <i>(Para trabajadores de la Salud, conteste afirmativamente, en los casos de contacto menor a (1) metro de distancia y más de (15) minutos, sin uso de EPP)</i>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro



AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

 **DESCARGAR INSTRUCTIVO**
(/AUTOEVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVO/AUTOEVALUACIONCOVID)

*** Tipo de Documento Usuario**

CÉDULA DE CIUDADANIA 

*** Número Documento del Usuario**

1065650956

MAILETH TATIANA QUINTERO MORENO

SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS 

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

¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)

SI

NO

NO Estoy Seguro

¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?

SI

NO

NO Tengo Termómetro

¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?

Resultado Grado Celsius (Centígrados)

¿Has presentado tos seca?	<input checked="" type="radio"/> Sin tos seca	<input type="radio"/> Poca tos	<input type="radio"/> Tos Persistente
¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido malestar general ("maluquera")?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Sientes que te duelen los músculos?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Te duele la cabeza?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que respiras normal?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Sientes alguna molestia en el pecho? ("opresión o ardor")	<input checked="" type="radio"/> Ninguna Molestia	<input type="radio"/> Poca Molestia	<input type="radio"/> Fuerte Molestia
¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido dolor de garganta?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido diarrea?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <i>(Para trabajadores de la Salud, conteste afirmativamente, en los casos de contacto menor a (1) metro de distancia y más de (15) minutos, sin uso de EPP)</i>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro

**AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19**

DESCARGAR INSTRUCTIVO

(/AUTOEVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID)

*** Tipo de Documento Usuario**

CÉDULA DE CIUDADANIA

*** Número Documento del Usuario**

49608016

ISNERYS ROCIO DITTA ANGULO

SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS

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

¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C) SI NO NO Estoy Seguro**¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?** SI NO NO Tengo Termómetro**¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?**Resultado Grado Celsius (Centígrados)

¿Has presentado tos seca?	<input checked="" type="radio"/> Sin tos seca	<input type="radio"/> Poca tos	<input type="radio"/> Tos Persistente
¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido malestar general ("maluquera")?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Sientes que te duelen los músculos?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Te duele la cabeza?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que respiras normal?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Sientes alguna molestia en el pecho? ("opresión o ardor")	<input checked="" type="radio"/> Ninguna Molestia	<input type="radio"/> Poca Molestia	<input type="radio"/> Fuerte Molestia
¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido dolor de garganta?	<input checked="" type="radio"/> Sin dolor	<input type="radio"/> Poco dolor	<input type="radio"/> Fuerte dolor
¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido diarrea?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? <i>(Para trabajadores de la Salud, conteste afirmativamente, en los casos de contacto menor a (1) metro de distancia y más de (15) minutos, sin uso de EPP)</i>	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro



AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

DESCARGAR INSTRUCTIVO

(AUTOEVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVO/AUTOEVALUACIONCOVID)

* Tipo de Documento Usuario

CÉDULA DE CIUDADANIA

* Número Documento del Usuario

1065831145

HAROLD DAVID ESCAMILLA ORTEGA

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)

 SI NO NO Estoy Seguro

¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?

 SI NO NO Tengo Termómetro

¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?

Resultado Grado Celsius (Centígrados)

11/2/2021

AutoEvaluacion Covid - SGSST

¿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



AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

DESCARGAR INSTRUCTIVO

EVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID

)

*** Tipo de Documento Usuario**

CÉDULA DE CIUDADANIA



*** Número Documento del Usuario**

49720886

MARGELIS MARIA DIAZ PEREZ

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)

SI NO Estoy Seguro NO

¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?

SI NO Tengo Termómetro NO

¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?

Resultado Grado Celsius (Centígrados)

¿Has presentado tos seca?

Sin tos seca Poca tos Tos Persistente NO

¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?

SI NO Estoy Seguro NO

¿Has tenido malestar general ("maluquera")?

SI NO Estoy Seguro NO

¿Sientes que te duelen los músculos?

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?
("opresión 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

¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?

SI

NO

NO
Estoy Seguro

¿Has tenido
diarrea?

SI

NO

Estoy
Seguro

NO

¿Has tenido
contacto en los
últimos 14 días o
vives con alguien
sospechoso o
confirmado de
tener COVID-19?

SI

NO

Estoy
Seguro

NO

*(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)*

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



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	pocu 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:

Lauren Hernández Cuan

N° DOCUMENTO:

49.798.135

ARL:

01-02-21



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

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

NOMBRE:

Haner Mendoza Murgas

N° DOCUMENTO:

77.160.020

ARL:

positiva

11-02-21



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	poca 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: Edgar Vergara Laoscarro

N° DOCUMENTO: 18.922.102

ARL: Positiva

11-09-21



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	pocu 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: *Wilmer Hinojosa C.*

N° DOCUMENTO: *1092758648*

ARL: *Positiva*

10-02-21



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: *Jivian Vargas Vergel*

N° DOCUMENTO: *1065823483*

ARL: *Positiva*

11-02-21



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

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

NOMBRE: Leodan Parada V.

N° DOCUMENTO: 17.953.940

ARL: Positiva

09-02-21



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	poca 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: *Faizuly Meza Gómez*

N° DOCUMENTO: *1091.656.023*

ARL: *positiva*

09-02-21



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:

1192779.476

ARL:

positiva

08-02-21



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: *Xiomara Sanchez Garcia*

N° DOCUMENTO: *1065.623.369*

ARL: *Positiva*

09-02-21



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:

42.492.7.69

ARL:

Positiva

09-02-21



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

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

NOMBRE: Jorge Brieva Rosado

N° DOCUMENTO: 1192789397

ARL: positiva

09-02-21



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

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

NOMBRE: Martha Pardo Arroyave

N° DOCUMENTO: 49.773.423

ARL: Positiva

09-02-21



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

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	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: Evaristo Suarez Rodriguez

N° DOCUMENTO: 1065809.053

ARL: Positiva

09-02-21



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:

Blanca Pino López

N° DOCUMENTO:

1065830066

ARL:

positiva

09-02-21



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: *Jose Mario Sierra*

N° DOCUMENTO:

ARL:

09-02-21



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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	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:

Johan catalano

N° DOCUMENTO:

ARL:

Médico

09-02-21



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:

Katia Ovalle Junco

N° DOCUMENTO:

1065.570.180

ARL:

Positiva

09-02-21



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	pocu 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:

Carlos Cardozo Cortina

N° DOCUMENTO:

77.027.324

ARL:

Colmena

08-02-21.



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: Luis Cabello Donado

N° DOCUMENTO: 77.177.728

ARL:

08-02-21



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: Margarita Horiga C.

N° DOCUMENTO: 26.863.757

ARL: Positiva

08-02-21



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	pocu 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: Leipzig Amaya Castro

N° DOCUMENTO: 490798.197

ARL: Positiva

08-02-21