

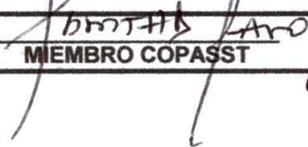
**SANTA HELENA DEL VALLE IPS**

VERSIÓN: 1

ACTAS COPASST

FECHA: 23/07/2020

REVISION CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCIÓN COVID-19**ENCUESTA SEGUIMIENTO A MEDIDAS DE CONTROL MINSALUD****DEL 04 AL 08 DE ENERO 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		
Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		
Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X		
Los EPP se están entregando oportunamente?	X		Diariamente
Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X		
Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X		
Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	X		
FIRMAN:  MIEMBRO COPASST	 SSI		

	COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2020 (SG- SST)	Versión 01 16-07-2019 Página 1 de 5
--	-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

ACTA DE REUNION 41

Hora: 08:00 am – 09:10 am

Fecha: 08/01/2021

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: 08/01/2021

Lugar: ADMINISTRACION

1. Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
2. Plan de trabajo en SST para el 2021
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. Seguimiento hallazgos de resultados de inspecciones de seguridad
8. Auto evaluación del SG-SST
9. Renovación del COPASST
10. Disfrute de Vacaciones
11. Ingreso de nuevo funcionario a la IPS
12. Recomendaciones por parte de Gerencia

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

	COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2020 (SG- SST)	Versión 01 16-07-2019 Página 2 de 5
--	-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

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 08:00 am del 08/01/2021, 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. Plan de trabajo en SST para el 2021
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. Seguimiento hallazgos de resultados de inspecciones de seguridad
8. Auto evaluación del SG-SST
9. Renovación del COPASST
10. Disfrute de Vacaciones
11. Ingreso de nuevo funcionario a la IPS
12. Recomendaciones por parte de Gerencia

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

	COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2020 (SG- SST)	Versión 01 16-07-2019 Página 3 de 5
--	-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

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. El presente mes se planearan las acciones a seguir que irán incluidas en el plan de trabajo en SST para el año 2021
3. Se, esta semana se presentó un caso con síntomas leves de resfriado, se envía a funcionario afectado para que se le realice la prueba Covid en su EPS, se presentó una incapacidad por enfermedad común
4. A partir del martes (12) de la próxima semana Se seguirán realizando los exámenes médicos ocupacionales periódicos a funcionarios de la IPS
5. No se realizaron capacitaciones y socializaciones a pacientes y acompañantes esta semana por que todos fueron atendidos por tele consulta
6. Se realizaron capacitaciones y socializaciones a funcionarios de esta IPS sobre uso de EPP
7. Se entrega a Gerencia plan de acción resultado de hallazgos encontrados durante la realización de inspecciones de seguridad
8. Se realizó auto evaluación del SG-SST de la IPS, en página autorizada por el Ministerio de Trabajo
9. Se incluirá dentro del plan de trabajo en SST 2021, la renovación del COPASST
10. Funcionarios de la IPS están disfrutando de su correspondiente periodo de vacaciones en este momento
11. Se actualiza nómina de la IPS sede Valledupar, con el ingreso de una nueva jefe de enfermería, la señorita DAYANA PAOLA DAZA GALINDO
12. Gerencia general recomienda seguir cumpliendo con los protocolos de Bioseguridad, ante el incremento de casos positivos de la pandemia, debido al incumplimiento de las normas en la ciudad por la temporada decembrina

OBSERVACIONES

- N/A

	COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2020 (SG- SST)	Versión 01 16-07-2019 Página 4 de 5
--	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

PARTICIPACIÓN DE LA ARL POSITIVA

Coordinar plan de trabajo 2021 con asesor de nuestra ARL

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL COPASST

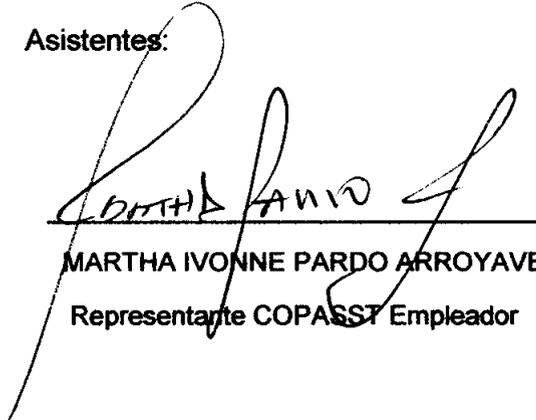
- Ver siguiente cuadro.

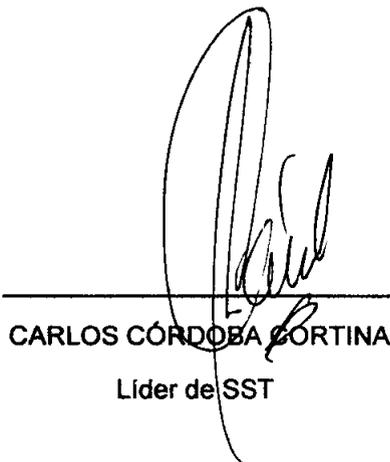
- **PLAN DE ACCIÓN**

EI 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

Asistentes:


 MARTHA IVONNE PARDO ARROYAVE
 Representante COPASST Empleador


 CARLOS CÓRDOBA CORTINA
 Líder de SST

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?

 Sin tos seca

 Poca tos

 Tos Persistente

¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?

 SI

 NO

 NO Estoy Seguro

¿Has tenido malestar general ("maluquera")?

 SI

 NO

 NO Estoy Seguro

¿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?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy
¿Has tenido diarrea?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy

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

GUARDAR

AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

[DESCARGAR INSTRUCTIVO \(/AUTOEVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID\)](/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?

 Sin tos seca

 Poca tos

 Tos Persistente

¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?

 SI

 NO

 NO Estoy Seguro

¿Has tenido malestar general ("maluquera")?

 SI

 NO

 NO Estoy Seguro

¿Sientes que te duelen los músculos?

 Sin dolor

 Poca dolor

 Fuerte dolor

¿Te duele la cabeza?

 Sin dolor

 Poca dolor

 Fuerte dolor

¿Sientes que respiras normal?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy
¿Has tenido diarrea?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy

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

GUARDAR

AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

[DESCARGAR INSTRUCTIVO \(//AUTOEVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID\)](#)
*** Tipo de Documento Usuario**

 CÉDULA DE CIUDADANIA ▼
*** Número Documento del Usuario**

1065650956

MAILETH TATIANA QUINTERO MORENO

 SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS ▼

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

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

 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?

 Sin tos seca

 Poca tos

 Tos Persistente

¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?

 SI

 NO

 NO Estoy Seguro

¿Has tenido malestar general (“maluquera”)?

 SI

 NO

 NO Estoy Seguro

¿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?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy
¿Has tenido diarrea?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy

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

GUARDAR



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)	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Estoy Seguro
¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Tengo Termómetro
¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?	Resultado <input type="text" value="35.8"/> Grado Celsius (Centígrados)		
¿Has presentado tos seca?	<input checked="" type="radio"/> Sin tos seca	<input type="radio"/> Poca tos	<input type="radio"/> Tos Persistente
¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input 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?

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 NO Estoy Seguro

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

SI NO NO Estoy Seguro

(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

GUARDAR



AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

[DESCARGAR INSTRUCTIVO \(/AUTOEVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID\)](#)

*** 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)	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	Estoy Seguro
¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Termómetro	Tengo Termómetro
¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?	Resultado <input type="text" value="36.2"/>		Grado Celsius (Centígrados)	
¿Has presentado tos seca?	<input checked="" type="radio"/> Sin tos seca	<input type="radio"/> Poca tos	<input type="radio"/> Tos Persistente	
¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	Estoy Seguro
¿Has tenido malestar general ("maluquera")?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	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?

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 NO Estoy Seguro

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

SI NO NO Estoy Seguro

(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

GUARDAR

¿Sientes que respiras normal?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy
¿Has tenido diarrea?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy

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

GUARDAR

AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

[DESCARGAR INSTRUCTIVO \(/AUTOEVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID\)](#)
*** 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) | <input type="radio"/> SI | <input checked="" type="radio"/> NO | <input type="radio"/> NO | Estoy Seguro |
| ¿Te has tomado la temperatura con un termómetro? | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> NO | Tengo Termómetro |
| ¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio? | Resultado <input type="text" value="36.0"/> Grado Celsius (Centígrados) | | | |
| ¿Has presentado tos seca? | <input checked="" type="radio"/> Sin tos seca | <input type="radio"/> Poca tos | <input type="radio"/> Tos Persistente | |
| ¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo? | <input type="radio"/> SI | <input checked="" type="radio"/> NO | <input type="radio"/> NO | Estoy Seguro |
| ¿Has tenido malestar general ("maluquera")? | <input type="radio"/> SI | <input checked="" type="radio"/> NO | <input type="radio"/> NO | Estoy Seguro |
| ¿Sientes que te duelen los músculos? | <input checked="" type="radio"/> Sin dolor | <input type="radio"/> Poco dolor | <input type="radio"/> Fuerte dolor | |
| ¿Te duele la cabeza? | <input checked="" type="radio"/> Sin dolor | <input type="radio"/> Poco dolor | <input type="radio"/> Fuerte dolor | |

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?

 Sin tos seca

Sin tos

 Poca tos

 Tos Persistente

¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?

 SI

 NO

 NO Estoy Seguro

¿Has tenido malestar general (“maluquera”)?

 SI

 NO

 NO Estoy Seguro

¿Sientes que te duelen los músculos?

 Sin dolor

Sin dolor

 Poco dolor

Poco dolor

 Fuerte dolor

¿Te duele la cabeza?

 Sin dolor

Sin dolor

 Poco dolor

Poco dolor

 Fuerte dolor

¿Sientes que respiras normal?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy
¿Has tenido diarrea?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO Seguro	Estoy
¿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 Seguro	Estoy

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

GUARDAR



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 <input checked="" type="checkbox"/>	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	NO <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Robinson Castro Linares*

N° DOCUMENTO: *1007899152*

ARL:

08-01-2020

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: *Jorge Briceva Rosado*

N° DOCUMENTO: *1192789397*

ARL:

08-01-21

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: *Evadonis Suarez Rodriguez*

N° DOCUMENTO: *1065 809 053*

ARL: *Positiva*

08-01-21

REALIZA LA ENCUESTA:

Jainer Flórez Aвила

ITEM	FECHA	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CONTROL TEMPERATURA >= 38°				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	FIRMA	
					HORA	T°	HORA	T°							
1	8-01-21	Aura Gomez	36621289	Bosconera		342				-					<i>[Signature]</i>
2	8-01-21	Mildor Ortiz	77092739	m 24 C19		342				-					<i>[Signature]</i>
3	01	Hidara Escobedo	32702253	K 20 B-33		340				-					<i>[Signature]</i>
4	11	Cristina Gomez	106596572	Villa Milena		350				-					<i>Cristina</i>
5	8-01-21	Juanes Gomez	39460594	C4 22-22-15		354				-					<i>[Signature]</i>
6	11	Orlando Vargas	77012948	C11 23 18d.78		358				-					<i>[Signature]</i>
7	11	Misael Feliso	77018827	C4 24 2-99		354				-					<i>[Signature]</i>
8	01	Marcelina Navas	1192966744	M46 C40		354				-					Maroly Navas
9	8-01-21	Lina Ortega	10655091205	C4 64 47-26		354				-					Lina Ortega

REALIZA LA ENCUESTA:

Jorge Brieva

ITEM	FECHA	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CONTROL TEMPERATURA > = 38°				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	FIRMA
					HORA	T°	HORA	T°						
1	07-0-21	Carman Ditta	1193093614	San Francisco		34.6				-		-	Carman Ditta.	
2	07-0-21	Yaleny's Alvarado	1216968829	K 2 32A-28		35.6				-		-	Yaleny's Alvarado	
3	11	Camilo Rangel	1098644497	K 12 13B 16		35.5				-		-	Camilo Rangel	
4	11	ESNATH GUTIERREZ	40797964	M B C 101		35.3				-		-	ESNATH GUTIERREZ	
5	11	YANI BARRIOS	1062395120	K 28 28-14		35.7				-		-	YANI BARRIOS	
6	11	IBIS CORTES	36724059	EL CARMAN		35.2				-		-	IBIS CORTES	
7	07-0-21	YANIS MARTINEZ	1003195013	COPEL		35.2				-		-	YANIS MARTINEZ	
8	11	GLORIS TERN	49720089	M 65 C 27		32.2				-		-	GLORIS TERN	
9	07-0-21	VIRYOL P.	106503087	M 15 C 14		35.7				-		-	VIRYOL P.	

REALIZA LA ENCUESTA:

Jenifer Flórez Arila

ITEM	FECHA	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CONTROL TEMPERATURA >= 38°				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	FIRMA
					HORA	T°	HORA	T°						
1	07-01-21	ibis Yaima	1063955012	L20 22-64		35.3				-			-	<i>De R. J. 21</i>
2	07-01-21	maria Ardila	30061686	la Paz		35.0				-			-	<i>Manu Ardila</i>
3	11 11	Carma Escobar	49597665	CU 203 26-114		35.0				-			-	<i>Carma Escobar</i>
4	11 11	Yanlis cotton	39461109	m 12 C24		35.7				-			-	<i>Yanlis</i>
5	11 11	Sindy Araza	1063960455	CU 19 123		35.3				-			-	<i>Sindy Araza</i>
6	07-01-21	Laura Biscaino	1082999996	la Esperanza		33.6				-			-	<i>Laura Biscaino</i>
7	11 11	Alfonzo Rincon	12716635	valencia		33.4				-			-	<i>Alfonzo Rincon</i>
8	11 11	John Fula	77184955	CU 30 1100		35.2				-			-	<i>John Fula</i>
9	07-01-21	Marysianey	49742221	Don Alvaro		35.0				-			-	<i>Marysianey</i>

REALIZA LA ENCUESTA:

Jeiner Flórez A.

ITEM	FECHA	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CONTROL TEMPERATURA >= 38°				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	FIRMA
					HORA	T°	HORA	T°						
1	6-01-21	Dalindo Botero	27091260	la PoPa		35.1				-		-	Dalindo Botero	
2	6-01-21	Luz Gomez	49759641	K 12 18-40		34.9				-		-	Luz Elena Gomez	
3	6-01-21	Yuliana Pañares	1192759092	CL 20A 4845		35.7				-		-	Yuliana Pañares	
4	6-01-21	Luis Miguel Arce	12610776	B 10 - 19-01		35.3				-		-	Luis Miguel Arce	
5	11	Raimy Muñoz	1065637386	M 6 Botero		35.6				-		-	Raimy Muñoz	
6	11	Marcos Badiño	49670670	Viva castro		36.4				-		-	Marcos Badiño	
7	11	Jeiner Flórez A	1134329082	veguisla		35.4				-		-	Jeiner Flórez A	
8	11	Patro Plata	1665570666	Mirada de Sica 7		36.7				-		-	Patro Plata	
9	6-01-21	Juanito maio	80770403	Juanito Diez		36.1				-		-	Juanito maio	

REALIZA LA ENCUESTA:

Jorge Brievo

ITEM	FECHA	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CONTROL TEMPERATURA >= 38°				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	FIRMA	
					HORA	T°	HORA	T°							
1	05-00-21	Yulany Garrido	39460524	Don Juan		35.3				-					
2	05-01-21	Ingrid Plata	1065564234	Don Miguel		35.4				-					
3	11 4	Jesús Flores	112432908	Valencia		35.6				-					
4	11 11	Padro Avila	12723470	K 26 13-105		35.3				-					
5	11 11	Deisy Galbes	1065580785	K 32A 16d06		35.9				-					Deisy Galbes
6	05-00-21	Liliana Guerrero	1065126458	K 8 9-111		35.7				-					Liliana Guerrero
7	11 4	Karina Padilla	1063968292	K 21 23-53		35.3				-					Karina Padilla
8	11 11	Katherine Guerrero	1063963471	K 8-9-111		35.0				-					Katherine Guerrero
9	05-01-21	Sirleth P.	1065830787	K 12-15-55A		34.7				-					Sirleth P.

REALIZA LA ENCUESTA:

Jeiner Flores Avila

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	FIRMA
					HORA	T°	HORA	T°						
1	04-01-21	Leidis Cortes	106173678	CI 11 31-73		35.7				-			-	Leidis Cortes.
2	04-01-21	Joana Gutierrez	1193558863	CA 45A 4A-75		35.6				-			-	Joana Gutierrez
3	11 11	Blanca Pineda	1065830066	MA 89CAJ+DUBM		35.0				-			-	Blanca Pineda
4	11 11	Georgina Polo	77034172	URUBICA AICABA		34.6				-			-	Georgina Polo
5	11 11	Joana Gutierrez	1193558863	CA 4A 4A-75		35.4				-			-	Joana G.
6	04-01-21	Amparo Acosta	27887381	CA 4A 4A-75		35.6				-			-	Amparo A.
7	11 11	Leidis Gonzalez	1065831099	M 22 C-12		33.3				-			-	Leidis G.
8	11 11	Edith Ramirez	1065567094	D 30 28 22-21		34.9				-			-	Edith Ramirez
9	04-01-21	Arcelia Ramon	77175473	D 09 18 22-21		35.4				-			-	Arcelia Ramon