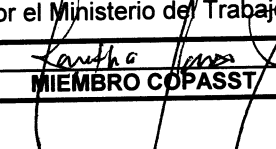
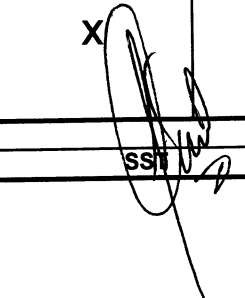
 <p><b>Santa Helena</b> del Valle IPS La Salud, nuestro compromiso!</p>	<b>SANTA HELENA DEL VALLE IPS</b>		VERSIÓN: 1
	<b>ACTAS COPASST</b>		
			FECHA: 23/07/2020
<b>REVISION CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCIÓN COVID-19</b>			
<b>ENCUESTA SEGUIMIENTO A MEDIDAS DE CONTROL MINSALUD</b>			
<b>DEL 14 AL 18 DE DICIEMBRE DE 2020</b>			
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		Según matriz de especificaciones técnicas
Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X		Diario
Los EPP se están entregando oportunamente?	X		
Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X		
Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X		Se garantiza suficiencia en las cantidades pedidas
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		Recibido
<b>FIRMAN:</b>  <b>MIEMBRO COPASST</b>  <b>SSI</b>			

**ACTA DE REUNION 39**

**Hora:** 11:00 am – 11:35 am

**Fecha:** 18/12/2020

**Lugar:** ADMINISTRACION

**Objetivo:**

Revisar y evaluar la implementación del SG-SST vigencia 2020 e implementar las acciones necesarias para seguir la mejora continua

**ACTA DE REUNION**

**Fecha:** 18/12/2020

**Lugar:** ADMINISTRACION

1. Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
2. Novena de aguinaldos
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. Estadística actual de Covid-19 en Valledupar
8. Reunión con miembro del cuerpo de bomberos de Valledupar
9. Gestión de residuos sólidos en área de vacunación
10. Nombramiento de nuevo integrante del COPASST

**Apertura:**

1. Confirmación de Quórum.
2. Lectura del acta anterior

Al acta anterior se le da lectura en la presente reunión de COPASST para realizar seguimiento a las actividades de SST propuestas para la presente semana del año 2020

3. La Doctora MARTHA PARDO ARROYAVE, lidera la realización de la reunión asesorada por la CARLOS CÓRDOBA CORTINA, líder de SST
4. Se procede a revisar los parámetros de la modalidad establecida para la continuidad de labores (presencial, tele consulta y teletrabajo) adquiridos con el Gobierno Nacional. Siendo las 11:00 am del día 18 de Diciembre del 2020 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. Novena de aguinaldos
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. Estadística actual de Covid-19 en Valledupar
8. Reunión con miembro del cuerpo de bomberos de Valledupar
9. Gestión de residuos sólidos en área de vacunación
10. Nombramiento de nuevo integrante del COPASST

### **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  
Inspección a EPP e insumos  
Uso de los EPP y elementos para desinfección.
2. El día 16 del presente mes se empezaron las novenas de aguinaldos en la IPS, integrando a todos los funcionarios de manera virtual
  3. Se realiza seguimiento a casos de afecciones gripales, esta semana se presentaron dos casos con síntomas leves de resfriado, vómito y diarrea, uno de los afectados se realizó la prueba Covid y resultó negativa, la otra funcionaria afectada está en espera que le realicen la prueba
  4. Se empezaron a realizar los exámenes médicos ocupacionales periódicos a funcionarios de la IPS
  5. Personal asistencial realiza capacitaciones y socializaciones a pacientes y acompañantes sobre diabetes e hipertensión
  6. Personal asistencial realiza capacitaciones y socializaciones a funcionarios de esta IPS sobre controles ante la pandemia
  7. Es preocupante el aumento de casos de contagio con el Covid-19 en Valledupar y todo el Departamento del Cesar, ya en otras regiones se han vuelto a implementar restricciones para la época decembrina, en nuestra IPS se recomienda constantemente a usuarios y funcionarios no bajar la guardia en el manejo de los controles ante el Virus
  8. Por inconvenientes de operatividad no se ha podido realizar la reunión con el miembro del cuerpo de Bomberos Valledupar y la doctora MARTHA PARDO ARROYAVE, coordinadora administrativa de la IPS para tratar el tema de la reactivación de la brigada de emergencias empresarial
  9. Se implementa el uso de recipiente plástico rotulado, para el depósito de los envases vacíos de inmunológicos que se generan en el área de vacunación, esto como medida de bioseguridad recomendada por la secretaria de salud municipal
  10. La fecha para escoger el remplazo del nuevo miembro del COPASST, está por definir, se espera que sea la próxima semana

#### **OBSERVACIONES**

- N/A

### PARTICIPACIÓN DE LA ARL POSITIVA

Recibir asesoría sobre la circular 0071 del 30 de noviembre de 2020

### RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL COPASST

- Ver siguiente cuadro.
- **PLAN DE MEJORAMIENTO**

El COPASST establece estas recomendaciones

ACTIVIDAD PROGRAMADA	FECHA PLANEACIÓN	FECHA DE REALIZACION	RESPONSABLE
Surgimiento a casos sospechosos de Covid	Diario	Diario	Gerencia y SST
Implementación de nuevas señales de seguridad	19-12-2020		SST - Gerencia
Reunión con miembro de cuerpo de bomberos	11-12-20		RR HH - SST - Bomberos

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**

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?	<input type="radio"/>	SI	<input checked="" type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	NO Estoy Seguro
<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>						



### 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?

- 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?

- dolor Sin dolor     Poco dolor     Fuerte dolor

¿Te duele la cabeza?

- dolor 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?

- dolor 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)*

## AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19



DESCARGAR INSTRUCTIVO

(/AUTOEVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVO/AUTOEVALUACIONCOVID )

**\* 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?

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)*

## AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

DESCARGAR INSTRUCTIVO

(/AUTOEVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVO/AUTOEVALUACIONCOVID )

**\* 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 36.2 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?

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)*



### 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?

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?

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)*

## 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?

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?

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)*

## 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 HAROLD DAVID ESCAMILLA O

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**

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

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

REALIZA LA ENCUESTA:

*Geiner Flores Avila*

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	<del>18-12-20</del>	<i>W. Cello</i>	<i>73511149</i>	<i>San Juan</i>	<i>8:10</i>	<i>34.8</i>		<i>8:18</i>			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
2	11	<i>Nancy Rincón</i>	<i>42491206</i>	<i>L 19 d 6B-125</i>		<i>35.5</i>								<i>Nancy Rincón</i>
3	11	<i>Verónica Parra</i>	<i>49730078</i>	<i>md c 4</i>		<i>35.3</i>								<i>[Signature]</i>
4	11	<i>Isabel Rodríguez</i>	<i>100437046</i>	<i>OB</i>		<i>35.3</i>								<i>Isabel Rodríguez</i>
5	<i>18-12-20</i>	<i>Maira Ros</i>	<i>64579419</i>	<i>L 19 9c 51</i>		<i>34.9</i>								<i>Maira Ros</i>
6	11	<i>Yarledys Amos</i>	<i>1065829078</i>	<i>K. 12A 53-100</i>		<i>35.1</i>								<i>[Signature]</i>
7	11	<i>Oscar Roman</i>	<i>1102232579</i>	<i>C11 18B-36-66</i>		<i>35.4</i>								<i>Oscar Roman</i>
8	<i>18-12-20</i>	<i>Erica Garcia</i>	<i>36495438</i>	<i>Mra 11-130-37</i>		<i>35.6</i>								<i>Erica Garcia</i>
9	11	<i>Erica Cuello</i>	<i>49769335</i>	<i>M 2 J casa 56</i>		<i>35.5</i>								<i>Erica Cuello</i>

REALIZA LA ENCUESTA:

*Jiner Florez Aila*

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	18-12-20	Alejandra C	1065816301	M 21 C 6		35.6				-			-	<i>Alejandra Calderon</i>
2	11 "	Maria Delia	4937739	12-18-20		35.3				-			-	<i>Mariadelia D...</i>
3	11 "	Ronny Nieves	1065827152	M 6 C 1		36.0				-			-	<i>Ronny Nieves</i>
4	18-12-20	Orlando Cardenas	6808750	Mareigua		36.3				-			-	<i>Orlando Cardenas</i>
5	11 "	Sandy Monteiro	1143405383	5 noviembre		35.9				-			-	<i>Sandy Monteiro</i>
6	11 "	Osmani Hernandez	47027069	Bella Vista		35.3				-			-	<i>Osmani Hernandez</i>
7	11 "	Maria Cotes	1003239422	Cra 24-4203		35.0				-			-	<i>Maria Cotes</i>
8	11 "	Adriana Gutierrez	49767126	dos Angeles		35.8				-			-	<i>Adriana Gutierrez</i>
9	18-12-20	Jeferson Jimenez	1065805010	Los Morales		34.4				-			-	<i>Jeferson Jimenez</i>

REALIZA LA ENCUESTA:

*Jiner Fleitez Avila*

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 FIRMA	
					INGRESO		SALIDA		SI	NO	CUAL?	SI	NO		
					HORA	T°	HORA	T°							
1	17-12-20	Leonardo Bracho	77027984	K ZOA 3-36		357				-					<i>[Signature]</i>
2	17-12-20	Luis Flores	1055617148	CU ZSA 4A-75		355				-					<i>[Signature]</i>
3	11 11	Yuliett Ospino	123538288	M 5 C 3		353				-					Yuliett Ospino
4	11 11	Yaneth Morales	49738156	CU SD 3957		357				-					Yaneth Morales
5	11 11	Misael Salazar	77018827	# 2AA 299		356				-					<i>[Signature]</i>
6	17-12-20	Caroline Balboa	1065815886	M I C 5		358				-					Caroline Balboa
7	11 11	Marcelo Pizarro	1064167646	La Jagua		360				-					Marcelo Pizarro
8	11 11	Egardo Rafael	1065830122	W 22 19-45		358				-					Egardo Rafael
9	17-12-20	Keiny Natera	1003230974	CU SB 4345		360				-					KEINY NATERA





**SANTA HELENA DEL VALLE IPS**  
ENCUESTA DE SINTOMAS DEL COVID-19 PARA EL PACIENTE

VERSIÓN: 2  
FECHA: 29-07-2020

REALIZA LA ENCUESTA:

*Jéiner Plácer Ariza*

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	17-12-20	Gustavo Garmara	1003376435	Francisco Jara		36.0				-				Gustavo Garmara
2	17-12-20	Anamaria Villa	1049607633	GR 20060		36.6				-				Anamario
3	11	Martina Cardenas	1065865980	ME 3 C 2B		35.6				-				Martina C.
4	11	Marta Elena Gutierrez	26870000	11 5 9-15		35.2				-				Marta Elena Gutierrez
5	11	Yohana Castellano	49595610	4 30 49 35		35.4				-				Yohana C.
6	17-12-20	Martina de la Valle	77091867	11 30 49 35		36.0				-				Martina
7	11	Lina Sarmiento	1121327708	Las Palmas		36.1				-				Lina Sarmiento
8	11	Johana Sanchez	1091666978	Fuente de la Cruz		36.1				-				Johana S.
9	17-12-20	Leonor Suarez	1134329082	La Cruz		35.4				-				Leonor Suarez



**SANTA HELENA DEL VALLE IPS**  
ENCUESTA DE SINTOMAS DEL COVID-19 PARA EL PACIENTE

VERSIÓN: 2  
FECHA: 29-07-2020

REALIZA LA ENCUESTA:

*Jeimer Florez Avila*

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	16-12-20	Maria Pineda	1066001022	la loma		353				-				Maria Fernando
2	16-12-20	Marcia de S. Arce	1052217022	cu 33-2B-46		354				-				Flordelis G. Br.
3	11	Maria Antonia B.	49773716	Francisco de Paula		360				-				M. F. G.
4	11	Olga Medina	1045668275	El Anpato		348				-				Olga Medina
5	11	Wanna Camacho	111883343	cu 9d 19C100		362				-				Wanna Camacho
6	16-12-20	Nancy Moreno	49773581	M9 C14		353				-				Nancy M.
7	11	Lois Gil	12710550	las flores		354				-				Lois Gil
8	11	Elka Jimenez	466869	Chile		353				-				Elka Jimenez
9	16-12-20	David Moreno	1065598607	Panamá		354				-				David M.



REALIZA LA ENCUESTA:

*Javier Flores 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	15-12-20	Enarica G. Man	22999104	El Calmen		35.5				-				<i>[Signature]</i>
2	15-12-20	Jorge Polo	77034172	La Victoria		34.9				-				<i>[Signature]</i>
3	15-12-20	María Ojeda	49774401	CU 30 4-12		35.0				-				<i>Diana Ojeda</i>
4	15-12-20	Adalberto Galva	49759232	Divino Niño		35.5				-				<i>Adalberto Galva</i>
5	15-12-20	Luisma Gómez	49781995	K 4 4-35		35.8				-				<i>[Signature]</i>
6	15-12-20	Vaneth Mora	49774242	CA 6 19d 72		35.3				-				<i>[Signature]</i>
7	15-12-20	María Arrieta	36450621	M 12 C 18		36.5				-				<i>María Arrieta</i>
8	15-12-20	Alex de Oro	49760800	K 5 17A 118		36.5				-				<i>[Signature]</i>
9	15-12-20	Keidy Mejía	49719042	CU 7d 3583		35.7				-				<i>Keidy Mejía</i>

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	15-12-20	Eliana Castilla	49777919	M 52 C 16		35.4				-		-	Eliana Castilla	
2	15-12-20	Doris Salas	49785982	CU 4E 2449		35.8				-		-	<i>[Signature]</i>	
3	15-12-20	Nancy Rincón	42491206	la ESPARERA		35.5				-		-	<i>[Signature]</i>	
4	15-12-20	Yenny Espino	1070609977	Marechal Raal		36.2				-		-	<i>[Signature]</i>	
5	15-12-20	<del>S. J. ...</del>	1065655682	K 46-26-46		39.8				-		-	Jugady Escorosa	
6	15-12-20	Lory Ocaña	1065839798	K 31A 9B 12		35.5				-		-	Lory Ocaña	
7	15-12-20	Keidy's Porras	1063970489	K 23A 23-17		35.4				-		-	Keidy's Porras	
8	15-12-20	Marys Matute	36622065	K 23A 23-17		35.7				-		-	Marys Matute	
9	15-12-20	Yulibeth Amaya	40941776	CU 18 11-40		35.5				-		-	Yulibeth Amaya	

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 FIRMA	
					INGRESO		SALIDA		SI	NO	CUAL?	SI	NO		
					HORA	T°	HORA	T°							
1	15-12-20	Egon Ferras	77036340	cl 3 70-19		35.5					-				
2	15-12-20	Polina Madrid	49723333	cl 28 3A-05		35.3					-				Polina Madrid
3	15-12-20	Astid Benito	1063954014	cl 14 22-40		35.1					-				Astid Benito
4	15-12-20	Viviana Ramirez	33084627	m 13 C 20A		36.0					-				Viviana Ramirez
5	15-12-20	Midy Orozco	1081905393	cl 34A 2B-1		35.5					-				Midy Orozco
6	15-12-20	Cesar Bastida	12644203	m 6 C 14		35.5					-				Cesar Bastida
7	15-12-20	Wilbeth Ramirez	1065569512	450 Años		33.1					-				Wilbeth Ramirez
8	15-12-20	Fania Romero	1066280935	450 Años		32.7					-				Fania R.
9	15-12-20	Anamaria Mejia	1065662030	cl 72 20-35		35.3					-				Ana Mejia

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	14-12-20	Luz Flores	560741003	CL 2047 5-05		351					-		-	Leskenmetano
2	14-12-20	Deyana Castro	1065820000	CL 18E 36-44		354					-		-	Deyana Castro
3	14-12-20	Catalina Bello	1065815886	MT C 5		354					-		-	Catalina B.
4	14-12-20	Yaneth Arce	31259620	MT C 5		357					-		-	Yaneth Arce
5	14-12-20	Gabriel Maza	49763524	MT C 3		352					-		-	Gabriel Maza
6	14-12-20	Olga Vasquez	49719615	CA 24 2-109		363					-		-	Olga Vasquez
7	14-12-20	Yelena Barba	1065811998	M 3 C 8		352					-		-	Yelena B.
8	14-12-20	Erika Ramos	1065608266	CL 31 2068		348					-		-	Erika RAMOS
9	14-12-20	Kaidys Pardo	1193598084	CL 31B CL 182235		353					-		-	Kaidys Pardo

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	14-12-20	Lina Pauloz	1065824316	cu 16a 32a07		35.8				-			-	Lina Pauloz
2	14-12-20	Karen Arving	10658245906	M 16 C 18 B		36.9				-			-	Karen Arving
3	14-12-20	Paola Daza	49791772	V 16 2914		3				-			-	Paola Daza
4	14-12-20	Melanda Jimeno	39088075	D 30 20E 4f. 45		36.3				-			-	Melanda Jimeno
5	14-12-20	Yuliana Villa	124469602	1a Pasadizo		35.7				-			-	Yuliana Villa
6	14-12-20	José Valderrama	12716103	cu 7 23-97		35.1				-			-	José Valderrama
7	14-12-20	Jenny Reyes	17956216	cu 30A 4A 66		35.8				-			-	Jenny Reyes
8	14-12-20	Lina Castro	26939339	cu 4a 8-52		35.5				-			-	Lina Castro
9	14-12-20	Jeinad Flores	1134329.082	cu 1a 151a		35.4				-			-	Jeinad Flores



REALIZA LA ENCUESTA:

Jeiner Flores 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	14-12-20	Liliana Alirio	1007219562	# 23 4629		36.8				-					Liliana M
2	14-12-20	Daniela Cordero	1065828071	M 12 C 12		36.1				-					Daniela C.
3	14-12-20	Fanny Echevarría	1065814140	CU 20d325		36.3				-					Fanny Vega.
4	14-12-20	Luis Bellona	1065572291	AnPaño		34.7				-					Luis Bayona
5	14-12-20	Luis Bayona	91507075	AnPaño		35.5				-					Luis
6	14-12-20	Ricardo Pedraza	077183199	caño 221		34.1				-					Ricardo
7	14-12-20	Paula Ospino	1063951514	San Jose		32.7				-					Paula
8	14-12-20	Clara Almanza	1063969128	San Jose						-					CLARA
9	14-12-20	Luis Ortiz	12490979	simon Bolivar		34.4				-					Luis Ortiz