
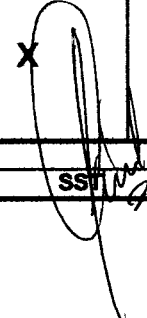


	SANTA HELENA DEL VALLE IPS	VERSIÓN: 1
	ACTAS COPASST	
		FECHA: 23/07/2020

REVISION CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCIÓN COVID-19

ENCUESTA SEGUIMIENTO A MEDIDAS DE CONTROL MINSALUD

DEL 08 AL 14 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 4
--	---	---

ACTA DE REUNION 42

Hora: 4:00 pm – 5:10 pm

Periodo: 08 AL 14 /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: 14/01/2021


Lugar: ADMINISTRACION

1. Seguimiento implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
2. Reunión SST y Gerencia General
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. Reporte de auto evaluación del SG-SST a la ARL
8. Renovación del COPASST
9. Actualización de la Nómina de trabajadores
10. Nuevos lineamientos para envío de reporte de seguimiento a Min Trabajo

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

	COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2020 (SG- SST)	Versión 01 16-07-2019 Página 2 de 4
---	---	---

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 04:00 pm del 14/01/2021, 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. Reunión SST y Gerencia General
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. Reporte de auto evaluación del SG-SST a la ARL
8. Renovación del COPASST
9. Actualización de la Nómina de trabajadores
10. Nuevos lineamientos para envío de reporte de seguimiento a Min Trabajo

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:

	COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2020 (SG- SST)	Versión 01 16-07-2019 Página 3 de 4
--	---	---

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. La próxima semana se realizará reunión entre Gerencia General y SST para diseñar e implementar acciones como.
 - Plan de trabajo anual
 - Implementación de nuevo código de colores para canecas de reciclaje
 - Ejecución de plan de acción resultado de las inspecciones de seguridad
 - Auditoria externa a procesos de calidad y SST de la IPS
 - Revisión del SG-SST año 2020
3. 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, con resultado negativo; El día martes 12 del presente mes se realizaron nuevamente pruebas Covid a funcionarios de la IPS, se esperan resultados
4. Se postergas para la próxima semana la continuación de los exámenes médicos ocupacionales periódicos a funcionarios de la IPS
5. Se realizaron capacitaciones y socializaciones a pacientes y acompañantes esta semana
6. Se realizaron capacitaciones y socializaciones a funcionarios de esta IPS sobre uso de EPP
7. Se enviará a ARL Positiva auto evaluación de SG-SST de la IPS, realizado en página del Ministerio de Trabajo
8. Dentro de los temas a tratar la próxima semana con Gerencia, está el de la renovación del COPASST
9. Se actualiza nómina de la IPS sede Valledupar, con el ingreso de una nueva jefe de enfermería, la señorita VIVIAM VALERIA VARGAS VERGEL

Se Recibe información por parte de Min trabajo sobre las nuevas fechas definidas para el envío del reporte semanal de seguimiento a los protocolos de bioseguridad

OBSERVACIONES

- N/A

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

PARTICIPACIÓN DE LA ARL POSITIVA

Solicitud del reporte de auto evaluación del SG-SST de la IPS

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL COPASST

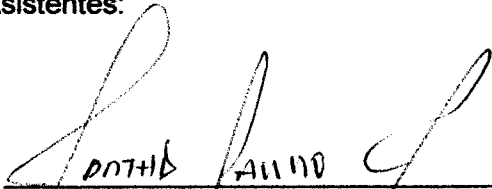
- Ver siguiente cuadro.

- **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

Asistentes:


 MARTHA IVONNE PARDO ARROYAVE
 Representante COPASST Empleador


 CARLOS CÓRDOBA CORTINA
 Líder de SST

BASE DE TRABAJADORES CUMPLIMIENTO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD - SEGUIMIENTO COVID 19

NOMBRE DEL TRABAJADOR	IDENTIFICACIÓN	TIPO DE VINCULACIÓN	CARGO	AREA DE LA CLINICA	TIPO DE EXPOSICIÓN		EPP CONFORME A EXPOSICIÓN
					DIRECTO	INDIRECTO O INTERMEDIO	
SANDRA MILENA RINCON GUERRERO	CC.49660818	Nomina (Inferior 1 Año)	Gerente	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica
MARTHA IVONNE PARDO ARROYAVE	CC.49773423	Nomina (Inferior 1 Año)	coordinadora admsitrativa	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica
JAVIER EDUARDO RUEDA LOZADA	CC.91251389	Nomina (Inferior 1 Año)	Auditor Financiero Ext.	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica
SOCORRO MARIA DE LA HOZ DE LA HOZ	CC.42492769	Nomina (Inferior 1 Año)	Contadora	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica
ISNERIS ROCIO DITTA ANGULO	CC.49608016	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. Administrativo (ARCHIVO)	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica
MAILETH TATIANA QUINTERO MORENO	CC.1065650956	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. Administrativo (CALL CENTER)	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica
JORGE DAVID BRIEVA ROSADO	CC. 1192789397	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. Administrativo (ADMISIONES)	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica, cofia
ROBINSON DAVID CASTRO LINARES	CC. 1007899152	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. Administrativo (ADMISIONES)	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica, cofia
KATIA OVALLE JUNCO	CC.1065570180	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. Administrativo (ADMISIONES)	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica, cofia
MARGARITA NORIEGA CARDENAS	CC.26863757	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. Administrativo (CARTERA Y FACTURACION)	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica
WILMER ALBERTO HINOJOSA CANTILLO	CC.1192758648	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. Administrativo	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica
HAROLD DAVID ESCAMILLA ORTEGA	CC.1065831145	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. Administrativo (SOPORTE TECNICO)	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica
JEINER ENRIQUE FLOREZ AVILA	CC.1134329082	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. Administrativo (SERVICIOS GENERALES)	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia
EVADORIS SUAREZ RODRIGUEZ	CC.1065809053	Nomina (Inferior 1 Año)	Jefe De Enfermería	Consulta externa	X		Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
VIVIAM VALERIA VARGAS VERGEL	CC.1065823483	Nomina (Inferior 1 Año)	Jefe De Enfermería	Consulta externa	X		Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
XIOMARA ALEXANDRA SANCHEZ GARCIA	CC.1065623369	Nomina (Inferior 1 Año)	LÍDER DE CALIDAD	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica
CARLOS RAMIT CÓRDOBA CORTINA	CC.1065623370	Nomina (Inferior 1 Año)	LÍDER SST	Administrativa		X	Mascarilla quirúrgica

VIRYEN DEL CARMEN PIÑA FERNANDEZ	CC.1065830757	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. De Enfermeria (PRACTICANTE)	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
EDELMIRA MILEYDIS MAZO BELTRAN	CC.49722555	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. De Enfermeria (PRACTICANTE)	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
MARGELIS MARIA DIAZ PÉREZ	CC.49720886	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. De Enfermeria	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
JOHADYS JOSÉ MENDOZA LÓPEZ	CC.1192779476	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. De Enfermeria	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
LEIPZIG AMAYA CASTRO	CC.37278476	Nomina (Inferior 1 Año)	Aux. De Enfermeria	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
LEODAN ANTONIO PARADA VASQUEZ	CC.17953940	Prestacion De Servicios	Medico General	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla

VIRGINIA MARIA DAZA PEÑA	CC.1065594383	Prestacion De Servicios	Medico General	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
HANER MENDOZA MURGAS	CC.77160026	Prestacion De Servicios	Medico General	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
VETSY CHARRIS ARIZA	CC1140859934	Prestacion De Servicios	Medico General	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
GUSTAVO FUENTES ROIS	CC.5164634	Prestacion De Servicios	Pediatra	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
ROSANA LUZ USUGA GOMEZ	CC.49764305	Prestacion De Servicios	Pediatra	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
CARLOS ALBERTO PERALTA CANO	CC.77171776	Prestacion De Servicios	Pediatra	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla

LAUREN HERNANDEZ CUAN	CC.49798135	Prestacion De Servicios	Ginecobstetra	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
JESUS ENRIQUE CUELLO DE AVILA	77015816	Prestacion De Servicios	Gnecologo	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
JUAN CARLOS GIL MONSALVO	CC.79795747	Prestacion De Servicios	Medico Internista	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
DORAISY SANABRIA HERRERA	CC.32872781	Prestacion De Servicios	Nutricionista	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
ADRIANA COTES SANDER	CC.49789821	Prestacion De Servicios	Psicologa	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
BLANCA PINO LÓPEZ	CC.1065830066	Prestacion De Servicios	Enfermera	Consulta externa	X	Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla

JOSE MARIO SIERRA MURGAS	CC.1140885664	Prestacion De Servicios	Médico general	Consulta externa	X		Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
ANDREA CAROLINA SIERRA QUINTERO	CC.1143365422	Prestacion De Servicios	Médico general	Consulta externa	X		Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
ROXANA MARCELA OLIVEROS LUQUE	CC.1003265102	Prestacion De Servicios	Médico general	Consulta externa	X		Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
LUIS EFRAIN CABELLO DONADO	CC.77.177.728	Prestacion De Servicios	Médico general	Consulta externa	X		Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
MARIA MARCELA PAEZ MENDOZA	CC.1065618537	Prestacion De Servicios	Médico general	Consulta externa	X		Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
YOLETH LÓPEZ CUELLO	CC.49.798.054	Prestacion De Servicios	Ginecóloga	Consulta externa	X		Mascarilla quirúrgica, uniforme antifluído, guantes, monogafas, botas y/o zapatos cerrados, bata manga larga antifluído. Cofia, pantalla
EBENEZER EMILÉ BELEÑO GÓMEZ	CC. 77017508	Prestacion De Servicios	Conductor vehículo domiciliarias	Consulta externa		X	Mascarilla Quirúrgica, Cofia, gafas, Zapatos cerrados

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?

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**

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/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 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

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/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)

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)

Versión 1

24/03/2020

¿Has presentado tos seca? Sin tos seca Poca tos Tos Persistente

¿Sientes que te cansa con el mínimo esfuerzo? SI NO NO Estoy Seguro

¿Has tenido malestar general ("maluquera")? SI NO NO Estoy Seguro

¿Sientes que te duele en 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?

(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)

SI NO NO Estoy Seguro

FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS LAVADO DE MANOS

NOMBRE Y APELLIDO

FECHA

HORA HORA HORA HORA

HORA HORA HORA HORA

FECHA

HORA HORA HORA HORA

FECHA

HORA HORA HORA HORA

CARGO

FECHA

HORA HORA HORA HORA

FIRMA

FIRMA

FIRMA

FIRMA

FIRMA

SUPERVISOR



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)

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**

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
 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)



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: Vivian Vargas Vergel

N° DOCUMENTO: 1065.823.483

ARL: Positiva

14-00-21



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: Lauren Hernández Cuan

N° DOCUMENTO: 49.798.135

14-01-21

ARL:



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 <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	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: Johedys Mendoza López

N° DOCUMENTO: 11 92779476

ARL: positiva

14-01-21



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: Leipzig Amaya Castro

N° DOCUMENTO: 49.798.177

ARL: positiva

14.01.21



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: Socorro de la Hoz

N° DOCUMENTO: 42492769

ARL: Positiva

14-00-21

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: *Wilmer Hinojosa Cantillo*

N° DOCUMENTO: *119275-8648*

ARL: *Positiva*

14-01-21



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 <input checked="" type="checkbox"/>	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	NO <input checked="" type="checkbox"/>	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	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: Juan Carlos Gic Monsalvo

N° DOCUMENTO: 79.795.747

ARL:

13-01-21



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: Gustavo Fuentes Reis

N° DOCUMENTO: 5.164.634

ARL:

13-01-21



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	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: *Luis Cabello Donado*

N° DOCUMENTO: *77.177.728*

ARL:

13-01-21



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: Blanca Pino López

N° DOCUMENTO: 1065.830.066

ARL: Positiva

13-01-2021



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: *Leodan Farada Vásquez*

N° DOCUMENTO: *1.795.3940*

ARL:

13-01-2



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: *Andrea Sierra Quintana*

N° DOCUMENTO: *1143365127*

ARL: *SUTA*

13-01-21



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:

Robinson castro Linares

N° DOCUMENTO:

1007.859.152

ARL:

13-01-21

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: *Xiomara Sánchez García*
 N° DOCUMENTO: *1065.623.369*
 ARL: *positiva*

13-01-2021



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? (MALQUERA)	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:

Evadonio Suarez Rodriguez

N° DOCUMENTO:

1265.809053

ARL:

positiva

13-01-21



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:

Jorge Brieva Rosado

N° DOCUMENTO:

1192789397

ARL:

13-08-21



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: *Carlos Córdoba Cortina*

N° DOCUMENTO: *77027324*

ARL:

13-01-21