
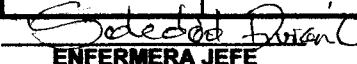



	SANTA HELENA DEL VALLE IPS SEDE SAN JUAN		VERSIÓN: 1
	ACTAS COPASST		
			FECHA: 23/07/2020
REVISION CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCIÓN COVID-19			
ENCUESTA SEGUIMIENTO A MEDIDAS DE CONTROL MINSALUD			
DEL 08 AL 14 DE ENERO DE 2021			
ASPECTOS A VERIFICAR	RESPUESTAS		OBSERVACIONES
	SI	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		Diario
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: 			
WGIA OCUPACIONAL	ENFERMERA JEFE		SSS

ACTA DE REUNION 21

Hora: 4:00 pm – 4:50 pm

Fecha: 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: P y P sede San Juan

1. Visita de asesor de la ARL Positiva para plan de trabajo año 2021
2. Actividades del Vigía Ocupacional de la sede
3. Accidentes y Enfermedades Laborales
4. Incapacidades por enfermedad común
5. Seguimiento a la implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
6. Casos sospechosos de contagio con la pandemia
7. Encuestas de salud
8. Socialización de medidas de control Biológico a pacientes, acompañantes y funcionarios
9. Nueva lineamientos a entrega de reportes semanales 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 Vigía Ocupacional para realizar seguimiento a las actividades de SST propuestas para la presente semana del año 2021

El vigía ocupacional MARIELYS GONZALES ARGOTE, lidera la realización de la reunión, junto a SOLEDAD DURÁN CABALLERO, MARTHA PARDO ARROYAVE y CARLOS CÓRDOBA CORTINA (de manera virtual)

3. 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 4:00 pm. del 14/01/2021 se reúnen en P y P de SANTA HELENA DEL VALLE IPS sede San Juan la enfermera jefe de la sede, el Vigía Ocupacional, la coordinadora general y el encargado de SST (de forma virtual) para verificar cumplimiento de protocolos de bioseguridad y aspectos de SST en esta sede

PRESENTACIÓN DE LA AGENDA

1. Visita de asesor de la ARL Positiva para plan de trabajo año 2021
2. Actividades del Vigía Ocupacional de la sede
3. Accidentes y Enfermedades Laborales
4. Incapacidades por enfermedad común
5. Seguimiento a la implementación de protocolos de Bioseguridad para manejo del COVID-19, según normativa de Min salud
6. Casos sospechosos de contagio con la pandemia
7. Encuestas de salud
8. Socialización de medidas de control Biológico a pacientes, acompañantes y funcionarios
9. Nueva lineamientos a entrega de reportes semanales a Min trabajo

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DE LA AGENDA

Se lee y aprueba la agenda de la reunión.

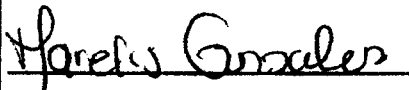
Siguiendo con el cumplimiento del desarrollo de las actividades del SG-SST según Decreto 1072 de 2015 y las recomendaciones que en materia de prevención frente al COVID-19 que dispuso el ministerio de Salud a través de la resolución 0666 y 1155 de 2020 entre otras, el Vigía se dispone a realizar seguimiento a los siguientes aspectos:

1. ARL Positiva está recibiendo los resultados de la evaluación del SG-SST años 2019 y 2020, para tomar estos indicadores como punto de partida para establecer un plan de trabajo en cada empresa afiliada para el año 2021
2. Se confirma por parte del Vigía Ocupacional que las actividades de seguimiento a protocolos de Bioseguridad se siguen cumpliendo, diariamente
3. Se reporta por parte del funcionario de esta sede inquietudes sobre la metodología para reportar accidentes de trabajo, se incluirá en el plan de capacitación 2021 la

• **PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD PROGRAMADA	FECHA PLANEACIÓN	FECHA DE REALIZACION	RESPONSABLE
Cumplimiento de protocolos de Bioseguridad	Diaria	Semanal	Líder SST
Participación de ARL	Abierta		Vigía ocupacional
Informe semanal a Min trabajo	Semanal	Semanal	Líder SST
Plan de trabajo año 201	25 - 01 - 2021		Gerencia - SST

Asistentes.



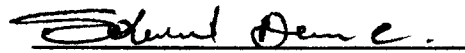
MARIELIS GONZALES ARGOTE

Vigía Ocupacional



CARLOS CÓRDOBA CORTINA

Líder SST



SOLEDAD DURAN CABALLERO

Enfermera Jefe



MARTHA PARDO ARROYAVE

Coordinadora Administrativa

**AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19**

DESCARGAR INSTRUCTIVO
EVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID
)

*** Tipo de Documento Usuario**CÉDULA DE CIUDADANIA *** Número Documento del Usuario**

1122406391

MARIELIS DEL ROSARIO GONZALEZ ARGOTE

SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS 

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

¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C) SI NO Estoy Seguro NO

¿Te has tomado la temperatura con un termómetro? SI NO Tengo Termómetro NO

¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio? Resultado Grado Celsius (Centígrados)

¿Has presentado tos seca? Sin tos seca Poca tos Tos Persistente NO

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

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

¿Sientes que te duelen los músculos?

Sin dolor

Poco dolor

Fuerte dolor

¿Te duele la cabeza?

Sin dolor

Poco dolor

Fuerte dolor

¿Sientes que respiras normal?

SI

NO

NO
Estoy Seguro

¿Sientes alguna molestia en el pecho?
("opresión o ardor")

Ninguna Molestia

Poca Molestia

Fuerte Molestia

¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?

SI

NO

NO
Estoy Seguro

¿Has tenido dolor de garganta?

Sin dolor

Poco dolor

Fuerte dolor

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

SI

NO

NO
Estoy Seguro

¿Has tenido
diarrea?

SI

NO

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

**AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19**

DESCARGAR INSTRUCTIVO

EVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID

)

*** Tipo de Documento Usuario**

CÉDULA DE CIUDADANIA

*** Número Documento del Usuario**

1065859364

LUIS ANGEL LARIOS MENDIVIL

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"/> Estoy Seguro	NO
¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Tengo Termómetro	NO
¿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"/> Estoy Seguro	NO
¿Has tenido malestar general ("maluquera")?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Estoy Seguro	NO

¿Sientes que te duelen los músculos?

- Sin dolor Poco dolor Fuerte dolor

¿Te duele la cabeza?

- Sin dolor Poco dolor Fuerte dolor

¿Sientes que respiras normal?

- SI NO NO Estoy Seguro

¿Sientes alguna molestia en el pecho?
("opresión o ardor")

- Ninguna Molestia Poca Molestia Fuerte Molestia

¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?

- SI NO NO Estoy Seguro

¿Has tenido dolor de garganta?

- Sin dolor Poco dolor Fuerte dolor

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

- SI NO NO Estoy Seguro

¿Has tenido
diarrea?

SI

NO

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

**AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19**

DESCARGAR INSTRUCTIVO

EVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID

)

*** Tipo de Documento Usuario**

CÉDULA DE CIUDADANIA

*** Número Documento del Usuario**

32183024

DIANA YANETH ALVARADO URREGO

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="36.2"/> 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 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?

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



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: Paula Vargas Martinez

N° DOCUMENTO: 1208849067

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	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: Ana Melina Rodríguez Ch.

N° DOCUMENTO: 1121,331.613

ARL: Positiva

14-01-20



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	NO <input checked="" type="checkbox"/>	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	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: Soledad Durán Caballero

N° DOCUMENTO: 49.731.717

ARL: Positiva

14-01-21

FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS LAVADO DE MANOS

Aux Enfermería

CARGO

Honorio Gonzalez

*1185

09-01-2021

FECHA

12-1-2021

FECHA

13-1-2021

FECHA

FECHA

FECHA

HORA 7:30 Am

HORA 7:30 Am

HORA 7:30 Am

HORA 7:30 Am

HORA 7:30 Am

HORA 9:02 Am

HORA 9:05 Am

HORA 9:00 Am

HORA 9:08 Am

HORA 9:35 Am

HORA 11:30 Am

HORA 11:02 Am

HORA 11:20 Am

HORA 11:35 Am

HORA 10:00 am

HORA 01:00 Am

HORA 01:30 Am

HORA 01:30 Pm

HORA 01:30

HORA

HORA 03:00 Pm

HORA 03:00 Pm

HORA 03:00 Pm

HORA 03:00 Pm

HORA

HORA 05:30 Pm

HORA 05:00 Pm

HORA 05 Pm

HORA 05 Pm

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

HORA

FIRMA

Marianis

FIRMA

Gonzales

FIRMA

Argote

FIRMA

FIRMA

SUPERVISOR

FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS LAVADO DE MANOS

CARGO		NOMBRE Y APELLIDO	
FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
HORA 9:01 AM 21	HORA 12-01-2021	HORA 13-01-2021	HORA 14-01-2021
HORA 7:00 AM	HORA 7:00 AM	HORA 6:50 AM	HORA 6:55 AM
HORA 9:00 AM	HORA 9:00 AM	HORA 9:00 AM	HORA 9:00 AM
HORA	HORA 11:00 AM	HORA 11:00 AM	HORA 11:00 AM
HORA	HORA 2:00 PM	HORA 2:00 PM	HORA 2:00 PM
HORA	HORA 4:00 PM	HORA 4:00 PM	HORA 4:00 PM
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
HORA	HORA	HORA	HORA
FIRMA <i>Salvador Am...</i>	FIRMA <i>Salvador</i>	FIRMA <i>Salvador</i>	FIRMA <i>Salvador</i>

SUPERVISOR

FORMATO DE SEGUIMIENTO A FUNCIONARIOS LAVADO DE MANOS

24/03/2020

Version 1

Enfermera M

Enfermera

FECHA		CARGO	SUPERVISOR	
07/01/2021	07:45 AM		Firma: <i>José D.</i>	HORA
09:50	08:30			HORA
10:20	10:00			HORA
11:15	11:20			HORA
12:30	12:30			HORA
02:00	02:00			HORA
04:10	04:20			HORA
05:20	05:30			HORA
06:30 PM	06:30 PM			HORA
12/01/2021	07:30 AM		Firma: <i>José D.</i>	HORA
08:20	08:20			HORA
10:00	10:00			HORA
11:10	11:10			HORA
12:30	12:30			HORA
02:00	02:00			HORA
03:20	03:20			HORA
04:45	04:45			HORA
06:30	06:30			HORA
11/01/2021	07:50		Firma: <i>José D.</i>	HORA
08:45	08:45			HORA
10:20	10:20			HORA
11:15	11:15			HORA
12:30	12:30			HORA
02:00	02:00			HORA
03:30	03:30			HORA
04:50	04:50			HORA
06:30	06:30			HORA



SEGUIMIENTO AL PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN SEDE SAN JUAN

VERSION 1

1/04/2020

PAGINA 1 DE 2

Mes:

Enero 2021

Año:

2021

Limpieza de superficie con Alcohol Antiseptico de manera recurrente

Médicos.
Enfermeras.
Personal
Administrativo

X X X X X X X X X X

Pasar Limpión seco y limpio

X X X X X X X X X X

Limpieza y desinfección de Sillas en el Área de Recepción

Desinfección con solución de hipoclorito 0.2 % de manera recurrente entre un paciente y otro

Auxiliar
Administrativo

X X X X X X X X X X

Pasar Limpión limpio y humedo

X X X X X X X X X X

Limpieza y desinfección de SILLAS (AREA DE RECEPCION)

Desinfección con solución de hipoclorito 0.2 %, de manera recurrente, entre un paciente y otro.

Auxiliar
Administrativo

X X X X X X X X X X

Pasar Limpión limpio y humedo

X X X X X X X X X X

Limpieza y desinfección EQUIPOS BIOMEDICOS

Limpieza de Equipos Biomédicos con Alcohol Antiseptico de manera recurrente

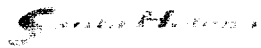
Médicos.
Enfermeras

X X X X X X X X X X

Pasar Limpión seco y limpio

X X X X X X X X X X

20/01/21



LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES GEPE SAN JUAN

VERSION 1

28/01/2020

PAGINA 1 DE 1

Mes:

Enero

Año:

2021

Limpieza y desinfección de Mesas/ Mesones /Escritorios																															
Actividades a desarrollar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Limpieza de superficie con detergente				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Desinfección con solución de hipoclorito				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Enjuague con agua				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Limpieza y desinfección de Nevera																															
Descongelación				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Limpieza con detergente en superficie externa				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Desinfección con solución de hipoclorito				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Enjuague con agua				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Limpieza y desinfección de Congelador																															
Descongelación				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Limpieza con detergente en superficie externa				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Desinfección con solución de hipoclorito				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Enjuague con agua				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Limpieza de Puerta y Tirador																															
Limpieza con detergente				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Desinfección con solución de hipoclorito				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	
Enjuague con agua				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X																	

Nombre:

Luis Larios

Firma:

Responsable de la limpieza y desinfección



FORMATO DE ENTREGA DIARIA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEDE SAN JUAN

VERSIÓN 1

FECHA: 25-03-2020

PÁGINA: 1 DE 2

ENTREGA DE (EPP) LIMPIOS

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EPP ENTREGADO	FIRMA
14-01-21	Diana Alcaracho C.	Aux Enfermera	5 Gorros+TB	Diana Alcaracho
14-1-21	Luis Larios	Matrona	5 Gorros + TB	Luis Larios
14-1-2021	Ana M. Rodriguez et al	Aux EAF	5 Gorros, 5 TB	Ana M. R. et al
14-1-2021	Mariela Gonzalez	Aux Enfermera	5 Gorros 5 TB	Mariela G.
14-01-2021	Beba Vargas M	Enfermera	5 Gorros 5 TB	Beba J.
14-01-2021	Solene Dini Goble	Enfermera	5 Gorros 5 TB	Solene
14-01-2021	Silvana Araujo M.	Medico	5 Gorros 5 TB	Silvana
14-01-2021	Monica Jaimes Plancha	Medico	5 Gorros 5 TB	Monica
14-01-2021	Waller Darias	Interno	3 Gorros 3 TB	Waller
14-01-2021	Aniel Henrique	Aux Administrativa	3 Gorros	Aniel

SANTA HELENA DEL VALLE IPS SEDE SAN JUAN

PROCESO DE SINTOMAS DEL COVID-19 EN EL PACIENTE

Luis Larinos H.

ITEM	EQUIPO	MARCA	DEPARTAMENTO	INGRESO	EMERGENCIA		SÍNTOMAS	ESTADO	TEST	OBSERVACIONES
					NO	SI				
1	11/12	Haroldo	112248572	36			RESPIRATORIA, FATIGA, PERDIDA DEL GUSTO O EL OLOR, FIEBRE, MINOR SEQUELAE			
2	11	Arte	56077224	35.3			RESPIRATORIA, FATIGA, PERDIDA DEL GUSTO O EL OLOR, FIEBRE, MINOR SEQUELAE			
3	11	Oron	56077224	35.5			RESPIRATORIA, FATIGA, PERDIDA DEL GUSTO O EL OLOR, FIEBRE, MINOR SEQUELAE			
4	11	Imenez	26993472	35.7			RESPIRATORIA, FATIGA, PERDIDA DEL GUSTO O EL OLOR, FIEBRE, MINOR SEQUELAE			
5	11	Cooper	26993472	35.7			RESPIRATORIA, FATIGA, PERDIDA DEL GUSTO O EL OLOR, FIEBRE, MINOR SEQUELAE			
6	11	Calderon	26993472	35.7			RESPIRATORIA, FATIGA, PERDIDA DEL GUSTO O EL OLOR, FIEBRE, MINOR SEQUELAE			
7	11						RESPIRATORIA, FATIGA, PERDIDA DEL GUSTO O EL OLOR, FIEBRE, MINOR SEQUELAE			
8	11						RESPIRATORIA, FATIGA, PERDIDA DEL GUSTO O EL OLOR, FIEBRE, MINOR SEQUELAE			
9	11						RESPIRATORIA, FATIGA, PERDIDA DEL GUSTO O EL OLOR, FIEBRE, MINOR SEQUELAE			

RESERVA DE ANEXOS

SANTA FE EN EL VALLE IPS SEIDE SAN JUAN

ENCUESTA DE SINTOMAS DEL COVID-19 PARA EL PACIENTE

REALIZA LA ENCUESTA: *Lin Larios Rendón*

FECHA: 20/07/2020

CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO DE IDENTIFICACION	CONTRÓ TEMPERATURA		HORA	SI NO	SI NO	FIRMA
			ANOS	DE				
1	<i>Bru Fuentes</i>	<i>22002589</i>	<i>35</i>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2	<i>Ramir Roca</i>	<i>184036961</i>	<i>35.2</i>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	<i>Walter Grecco</i>	<i>119036197</i>	<i>35.5</i>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	<i>Jonny Flores</i>	<i>5170194</i>	<i>35.1</i>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
5	<i>Elva Gema</i>	<i>40000231</i>	<i>35.9</i>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
6	<i>Levy Alameda</i>	<i>9709000</i>	<i>34.8</i>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
7	<i>comyn mac nace</i>	<i>1002959 081</i>	<i>35.5</i>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	<i>comyn comyn</i>	<i>13285126</i>	<i>35.2</i>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	<i>Fachuna</i>	<i>87722939</i>	<i>36.1</i>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

PRESENTA SINTOMAS COMO: FIEBRE, SECA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, FATIGA, PIERDE EL GUSTO O EL OLFATO, RINORREA O CUAR?

¿LE DELICADO CONTACTO ES FRECUENTE CON CASOS POSITIVOS DE COVID 19?

SANTA HELENA DEL VALLE IPS SEDE SAN JUAN

ENCUESTA DE SINTOMAS DEL COVID-19 PARA EL PACIENTE

HELENA LA GARRINERA

Leio Carlos H.

FECHA: 06/07/20
 HORA: 12:00

ITEM	FECHA	NOMBRE	IDENTIFICACION	ENTRADA	EGRESO	CIUDAD	HORA	NO PRESENTA SINTOMAS COMO: FIEBRE, SECA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, FATIGA, DOLOR DE GARGANTA, DOLOR DE OÍDOS, PÉRDIDA DEL GUSTO O EL OLATO, RINORRÉA?	NO TIENE ESTREMO CON CLASIFICADO POSITIVO DE COVID 19?	RECIBIÓ APLICACIONES	FIRMA
1	11/12	Morales	40799242	351				X	X		
2		Pargon	56078993	351				X	X		
3		Rosa	2700674	351				X	X		
4		Rosa	27000300	353				X	X		
5	11/12	Wagner	27000765	351				X	X		
6	11/12	Roberto		351				X	X		
7		Deivide	5165224	342				X	X		
8		Pirgala	56072421	352				X	X		
9	12/11/29	Fuentes	10067944	352				X	X		
10	12/11/29	Wagner	1123733215	35				X	X		

RESERVADOS

Los Campos M

CONTROL TEMPERATURA		SECA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, FÁTIGA		PERDIDA DEL GUSTO O EL OLFATO, RINORRÉA		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
HORA	TEMPERATURA	HORA	TEMPERATURA	HORA	TEMPERATURA	HORA	TEMPERATURA	HORA	TEMPERATURA	HORA	TEMPERATURA	HORA	TEMPERATURA
12-12	35.1												
11	35.1												
10	35.3												
9	35.2												
8	35.2												
7	35.2												
6	35.2												
5	35.2												
4	35.2												
3	35.2												
2	35.2												
1	35.2												

X
X
X
X
X
X
X
X

X
X
X
X
X
X
X
X

12-12 Sindi
11 n. Glucosa
10 n. Glucosa
9 n. Glucosa
8 n. Glucosa
7 n. Glucosa
6 n. Glucosa
5 n. Glucosa
4 n. Glucosa
3 n. Glucosa
2 n. Glucosa
1 n. Glucosa

