

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

DIRECCIÓN TERRITORIAL (En nuestro caso ANTIOQUIA)	ANTIOQUIA	ANTIOQUIA	ANTIOQUIA
RAZON SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD (Sin utilizar puntos o guiones)	RTS SUCURSAL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RIONEGRO	RTS SUCURSAL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RIONEGRO	RTS SUCURSAL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RIONEGRO
DIRECCIÓN FÍSICA DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD	CRA 48 N 56 107	CRA 48 N 56 107	CRA 48 N 56 107
No. TOTAL DE TRABAJADORES	16	1	2
ARL (Si la institución de salud cuenta con trabajadores afiliados a diferentes ARL, deberán llenar un registro o fila por trabajadores afiliados a cada ARL)	POSITIVA	SURA	AXA COLPATRIA S.A.
ARL ASISTE A REUNIÓN?	SI	SI	SI
VERIFICADO POR EL COPASST	SI	SI	SI
FECHA DE REUNIÓN DEL COPASST (Debe ser la comprendida en el período estipulado en los lineamientos de reporte)	08/07/2021	08/07/2021	08/07/2021

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

LINK DE LA PUBLICACIÓN (Debe ser una dirección de internet que permita el ingreso a la información y no un enlace a carpetas de One Drive, Google Drive, etc)	https://rcs.baxter.com/es/informes-semanales-mintrabajo	https://rcs.baxter.com/es/informes-semanales-mintrabajo	https://rcs.baxter.com/es/informes-semanales-mintrabajo
PORCENTAJE (%) DE CUMPLIMIENTO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (número entero entre 1 y 100)	100	100	100
Pregunta 1. ¿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?	SI	SI	SI
Pregunta 2. ¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	SI	SI	SI

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

Pregunta 3. ¿A cuántos trabajadores DIRECTOS les fueron entregados los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo? (Trabajadores Directos corresponde a aquellos cuya labor implica contacto directo con individuos clasificados como caso sospechoso o confirmado)	16	1	2
Pregunta 3. ¿A cuántos trabajadores INDIRECTOS les fueron entregados los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo?			
Pregunta 3. ¿A cuántos trabajadores INTERMEDIOS les fueron entregados los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo?			
Pregunta 4. ¿Los EPP se están entregando oportunamente?	SI	SI	SI
Pregunta 5. ¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	SI	SI	SI

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

Pregunta 6. ¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	SI	SI	SI
Pregunta 7. ¿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?	SI	SI	SI
¿Se acordaron acciones de mejora (preventivas o correctivas) que se deben implementar?	Preventivas	Preventivas	Preventivas
¿Se están cumpliendo las acciones de mejora (preventivas / correctivas) acordadas?	SI	SI	SI
Numero de identificación de la IPS (Número de NIT o Número de CC, sin puntos y sin dígito de verificación)	805011262	805011262	805011262

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

Departamento en el que se encuentra la IPS reportada (En nuestro caso Antioquia)	Antioquia	Antioquia	Antioquia
Municipio en el que se encuentra la IPS reportada (Municipio de Antioquia en donde se encuentra la IPS)	Antioquia - RIONEGRO - 05615	Antioquia - RIONEGRO - 05615	Antioquia - RIONEGRO - 05615
Zona de ubicación de la IPS (Rural o Urbana)	Urbano	Urbano	Urbano
Nivel de la IPS (3= Alto, 2= Medio, 1= Bajo)	Alto	Alto	Alto
La IPS recibió en el periodo EPP diferentes a los entregados por la ARL?	SI	SI	SI
Observaciones de adquisición de EPP (Informe cualquier observación sobre calidad, distribución, falta de capacitación en el uso, exigencia de reutilización de desechables, ...)	SIN OBSERVACION	SIN OBSERVACION	SIN OBSERVACION
Día de inicio del reporte	1	1	1
Mes de inicio del periodo	7	7	7
Año de inicio del periodo	2021	2021	2021
Día de corte del reporte	31	31	31

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

Mes de corte del periodo	7	7	7
Año de corte del periodo	2021	2021	2021
Califique de 1 a 100 la forma como la IPS ha desarrollado el proceso de vacunación de los trabajadores en la IPS en lo que depende del empleador (1 a 100)	100	100	100
RAZON SOCIAL DE LA ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO TERCERIZADO (En caso que al interior de la IPS tenga contratados servicios tercerizados)		TERCERIZAR S.AS	LISTOS S.A.S
Numero de identificación de la DE LA ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO TERCERIZADO (Número de NIT o Número de CC, sin puntos y sin dígito de verificación - En caso que la IPS tenga servicios tercerizados)		800104552	890311341

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

- Soporte de Entrega de EPP:



Nombre IPS: RTS Sucursal Hospital San Juan de Dios Rionegro

Marque una X en las casillas correspondientes a cada uno de los EPP entregados por trabajador y en el tipo de entrega.

NOMBRE TRABAJADOR	No. CEDULA	FECHA DE ENTREGA	E.P.P.								TIPO DE ENTREGA		NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA DE RECIBIDO POR EL TRABAJADOR
			Gafas	Careta	Botas	N95	Kit Doctor	Polainas	Gorro	Escafandra	Overol	1 Vez		
		13-07-2021				X						X		
		13-07-2021				X						X		
		14-07-2021				X						X		
		14-07-2021				X						X		
		15-07-2021				X						X		
		15-07-2021				X						X		
		15-07-21				X	X					X		
		15-07-2021				X	X					X		
		16-07-2021				X	X					X		
		16-07-21				X	X					X		
		16-07-21				X	X					X		
		16-07-2021				X						X		
		19-07-2021				X						X		
		21-07-2021				X						X		
		21-07-2021				X						X		
		22-07-2021				X						X		
		23-07-2021				X						X		
		26-07-2021				X						X		
		26-07-2021				X						X		
		26-07-2021				X						X		
		27-07-21				X						X		
		28-07-21				X						X		
		29-07-2021				X						X		

Le solicitamos contestar las siguientes preguntas de la manera más honesta. Marque con una X su respuesta

[illegible]

ESCENARIO E INTERVENCIÓN

Escenario 1

El trabajador que haya marcado SI a una o más de las preguntas NO se le permitirá el ingreso por el día a la Unidad Renal y deberá notificar a sus líderes de manera inmediata.

*Contacto estrecho: Tener un contacto sin uso de tapabocas, por más de 15 minutos a una distancia menor a 2 metros.

Le solicitamos contestar las siguientes preguntas de la manera más honesta. Marque con una X su respuesta

Le solicitamos contestar las siguientes preguntas de la manera más honesta. Marque con una X si le aplica.															
Fecha	Nombres y Apellidos	No. Cédula	Cargo	Años	1. ¿Ha tenido contacto estrecho* con persona COVID (+)?		2. ¿Ha tenido contacto estrecho con personas en su entorno con COVID (+)?		4. ¿Fiebre/presencia de síntomas como resaca, pérdida del gusto, cansancio, náuseas, diarrea, afonía o algún síntoma gastrointestinal?	5. ¿Cub(es)?	6. ¿Los síntomas de infección persisten?		7. Nombre de quien entrega tapabocas (si aplica correctamente)	Firma de quien recibe tapabocas (marcarla correctamente)	
					SÍ	NO	SÍ	NO	GRADOS	SÍ	NO	SÍ	NO		
			<i>Dirección</i>									X			
			<i>Paseo</i>									X			
			<i>Administración</i>									X			

ESCENARIO E INTERVENCIÓN

Escenario 1

El trabajador que haya marcado SI a una o más de las preguntas NO se le permitirá el ingreso por el día a la Unidad Renal y deberá notificar a sus líderes de manera inmediata.

*Contacto estrecho: Tener un contacto sin uso de tapabocas, por más de 15 minutos a una distancia menor a 2 metros.

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO



Encuesta Epidemiológica exclusiva para trabajadores de LISTOS - DIAMANTE
Dando continuidad a las actividades tendientes a garantizar un entorno de trabajo seguro y saludable, le pedimos que complete cuidadosamente esta autoevaluación como medida de prevención.
Le solicitamos contestar las siguientes preguntas de la manera más honesta. Marque con una X su respuesta.



LP-010-25-G-57-Versión 2

Fecha	Nombres y Apellidos	No. Cédula	Cargo	Sexo	1. ¿Ha tenido contacto estrecho* con alguien con COVID-19?		2. ¿Ha tenido contacto estrecho* con alguien con COVID-19?		3. Temperatura corporal superior a 38°C, tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, pérdida de olfato o gusto, náuseas, diarrea o algún síntoma gastrointestinal?	4. ¿Ha presentado algún síntoma respiratorio, anorexia, pérdida de peso, dolor de cabeza, dolor de garganta, pérdida de olfato o gusto, náuseas, diarrea o algún síntoma gastrointestinal?	5. ¿Cúmple(s)?	6. ¿Usa los elementos de protección personal?		Nombre de quien entrega tapabocas (mascarilla convencional)	Firma de quien recibe tapabocas (mascarilla convencional)
					SI	NO	SI	NO				SI	NO		
	S. Gaudy	RES			X		X	36.2		X		X			
	S. G	RTS			X		X	36.5		X		X			
	S. general	RTS			X		X	36.6		X		X			
	Aux. Ent.	H.D.			X		X	36		X		X			
	Aux. Ent.	H.D.						36.0							
	RCS	medico						36.1							
	S. Gaudy	RES			X		X	36.6		X		X			
	Aux. Ent.	PD			X		X	36.2		X		X			
	M.D.	RES			X		X	36.2		X		X			
	E. Social	TJ			X		X	36.2		X		X			
	Ceaf	Ceaf						36.2							
	Aux. Ent.	ADM			X		X	36.9							
	psicólogo	psicólogo			X		X	36.8		X		X			
	Aux. Ent.	H.D.			X		X	36		X		X			
	Aux. Ent.	H.D.			X		X	36.2		X		X			
	S. general	RTS			X		X	36.4		X		X			
	Aux. Ent.	RTS			X		X	36.5		X		X			
	ADM	RTS			X		X	36.5		X		X			
	Enfermera	RTS			X			36		X		X			
	Aux. Ent.	RTS			X		X	35.7		X		X			
	medico	RTS						36.3							
	S. Gaudy	RTS			X		X	36.7		X		X			
	Aux. Ent.	PD			X		X	36.4		X		X			
	ADM	RTS			X		X	36.3		X		X			
	M.D.	RES			X		X	36.4		X		X			
	E. Social	TJ			X		X	36.4		X		X			
	Aux. Ent.	ADM			X		X	36.7		X		X			
	Ceaf	RES						36.3							
	Aux. Ent.	RES						36.7		X		X			
	S. general	RTS			X		X	36.3		X		X			
	Aux. Ent.	H.D.			X		X	36.3		X		X			
	Aux. Ent.	H.D.						36.0							
	Ente	H.D.						36.1							

ESCENARIO E INTERVENCIÓN

Escenario 1:
El trabajador que haya manifestado Si a una o más de las preguntas NO se le permitirá el ingreso por el día a la Unidad Renal y deberá notificar a sus líderes de manera inmediata.

*Contacto estrecho: Tener un contacto sin uso de tapabocas, por más de 15 minutos a una distancia menor a 2 metros.

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO



Encuesta Epidemiológica exclusiva para trabajadores de LISTOS - DIAMANTE
Dando continuidad a las actividades tendientes a garantizar un entorno de trabajo seguro y saludable, le pedimos que complete cuidadosamente esta autoevaluación como medida de prevención.
Le solicitamos contestar las siguientes preguntas de la manera más honesta. Marque con una X su respuesta.



JLP-010.25-G-574 Versión 2

Fecha	Nombre y Apellido	No. Cédula	Cargo	Área	1. ¿Ha tenido contacto estrecho* con pacientes COVID-19?		2. ¿Ha tenido contacto estrecho con personas en su entorno con COVID-19?		3. Temperatura corporal superior a 38°C, dolor de garganta, dificultad para respirar, diarrea, adenitis o algún síntoma gastrointestinal?	5. ¿Cada vez?	6. ¿Usa los elementos de protección personal?		7. Nombre de quien entrega tapabocas (mascarilla) o convalidados	Firma de quien recibe tapabocas (mascarilla) o convalidados
					SI	NO	SI	NO			SI	NO		
	Silviana		RES		X		X	36.2		X		X		
	S. J		RTS		X		X	36.5		X		X		
	S. general		RTS		X		X	36.6		X		X		
	Aux. Ent		H-1		X		X	36		X		X		
	Aux. Ent		H-1		X		X	36.0		X		X		
	RCS		medico		X		X	36.1		X		X		
	Silviana		RES		X		X	36.6		X		X		
	Chloe		PD		X		X	36.2		X		X		
	MJD		RTS		X		X	36.2		X		X		
	T. Social		TS		X		X	36.2		X		X		
	Ceaf		Ceaf		X		X	36.2		X		X		
	Adm		Adm		X		X	36.9		X		X		
	psicologa		psicologa		X		X	36.8		X		X		
	Aux. Ef.		H-1		X		X	36		X		X		
	Aux. Ent.		H-1		X		X	36.2		X		X		
	S. general		RTS		X		X	36.4		X		X		
	Aux. Ent.		RTS		X		X	36.5		X		X		
	ADM		RTS		X		X	36.5		X		X		
	Enfermera		RTS		X		X	36		X		X		
	Aux. Ent.		RTS		X		X	35.7		X		X		
	medico		RTS		X		X	36.3		X		X		
	S. Genls		RTS		X		X	36.7		X		X		
	Chloe		PD		X		X	36.4		X		X		
	ADM		RTS		X		X	36.3		X		X		
	MJD		RTS		X		X	36.4		X		X		
	T. Social		TS		X		X	36.4		X		X		
	Adm		Adm		X		X	36.7		X		X		
	Ceaf		RES		X		X	36.3		X		X		
	Aux. Ent.		RTS		X		X	36.7		X		X		
	S. general		RTS		X		X	36.3		X		X		
	Aux. Ent.		H-1		X		X	36.3		X		X		
	Aux. Ent.		H-1		X		X	36.0		X		X		
	Ent		H-1		X		X	36.1		X		X		

ESCENARIO E INTERVENCIÓN

Escenario 1.
El trabajador que haya marcado SI a una o más de las preguntas NO se le permitirá el ingreso por el día a la Unidad Renal y deberá notificar a sus líderes de manera inmediata.

*Contacto estrecho: Tener un contacto sin uso de tapabocas, por más de 15 minutos a una distancia menor a 2 metros.

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO



Encuesta Epidemiológica exclusiva para trabajadores de LISTOS - DIAMANTE

Dando continuidad a las actividades tendientes a garantizar un entorno de trabajo seguro y saludable, le pedimos que complete cuidadosamente esta autoevaluación como medida de prevención.

Le solicitamos contestar las siguientes preguntas de la manera más honesta. Marque con una X su respuesta.



ALP-010.25 Co-SP-Versión 2

Fecha	Nombres y Apellidos	No. Cédula	Cargo	Área	1. ¿Ha tenido contacto estrecho* con paciente COVID (H)?		2. ¿Ha tenido contacto estrecho con personas en su entorno con COVID (H)?		3. Temperatura	4. ¿Ha presentado algún síntoma respiratorio, tos, pérdida del gusto, conjuntivitis, exantema, rinitis, cefalea, dolor de garganta o algún síntoma gastrointestinal?		5. ¿Cuál(es)?	6. ¿Usa dispositivos de protección personal?		Nombre de quien entrega tapabocas (mascarilla convencional)	Firma de quien recibe tapabocas (mascarilla convencional)	Escenario 1
					SI	NO	SI	NO		GRADOS	SI		NO	SI			
	C. Jocal	PS			X		X		36.5		X		X				El trabajador que haya marcado SI a una o más de las preguntas NO se le permitirá el ingreso por el día a la Unidad Renal y deberá notificar a sus líderes de manera inmediata. *Contacto estrecho: Tener un contacto sin uso de tapabocas, por más de 15 minutos a una distancia menor a 2 metros.
	Aux. Euf	HD			X		X		36.7		X		X				
	S. general	RTS			X		X		36.8		X		X				
	Medico	RCS			X		X		36.1		X		X				
	S. general	RCS			X		X		36.6		X		X				
	S. g	RCS			X		X		36.2		X		X				
	Medico	PD			X		X		36.5		X		X				
	Jocal	PS			X		X		36.6		X		X				
	AUX. Euf.	ST.			X		X		36.0		X		X				
	NJD	RCS			X		X		36.8		X		X				
	Euf	HD			X		X		36.3		X		X				
	AUX. Euf	RCS			X		X		36.5		X		X				
	S. general	RTS			X		X		36.7		X		X				
	AUX. Euf.	ST.			X		X		36.0		X		X				
	S. general	RTS			X		X		36.2		X		X				
	S. g	RCS			X		X		36.2		X		X				
	Medico	PD			X		X		36.0		X		X				
	Euf	HD			X		X		36.2		X		X				
	Adm	RCS			X		X		36.0		X		X				
	NJD	RCS			X		X		36.3		X		X				
	AUX. Euf	RCS			X		X		36.6		X		X				
	S. general	RTS			X		X		36.3		X		X				
	S. general	RCS			X		X		36.6		X		X				
	S. g	RTS			X		X		36.2		X		X				
	S. general	RTS			X		X		36.9		X		X				
	Medico	RCS			X		X		36.9		X		X				
	S. general	RCS			X		X		36.6		X		X				
	Cent	RTS			X		X		36.5		X		X				
	S. g	RCS			X		X		36.5		X		X				
	NJD	RCS			X		X		36.6		X		X				
	Medico	PD			X		X		36.3		X		X				
	S. general	RTS			X		X		36.9		X		X				
	Medico	RCS			X		X		36.3		X		X				
	S. general	RCS			X		X		36.6		X		X				

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO



Encuesta Epidemiológica exclusiva para trabajadores de LISTOS - DIAMANTE

Dando continuidad a las actividades tendientes a garantizar un entorno de trabajo seguro y saludable, le pedimos que complete cuidadosamente esta autoevaluación como medida de prevención. Le solicitamos contestar las siguientes preguntas de la manera más honesta. Marque con una X su respuesta.



LF-010.25-Cx-57-Versión 2

Fecha	Nombres y Apellidos	No. Cédula	Cargo	Año	1. ¿Ha tenido contacto estrecho* con paciente COVID-19?		2. ¿Ha tenido contacto estrecho* con personas en su entorno con COVID-19?		3. Temperatura	4. ¿Ha presentado algún síntoma respiratorio, anorexia, pérdida del gusto, conjuntivitis, escalofríos, cefalea, diarrea o algún síntoma gastrointestinal?		5. ¿Usa los elementos de protección personal?	6. ¿Usa los elementos de protección personal?	7. ¿Usa los elementos de protección personal?	8. ¿Usa los elementos de protección personal?	9. ¿Usa los elementos de protección personal?	10. ¿Usa los elementos de protección personal?
					SI	NO	SI	NO	GRADOS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Psicóloga		Psicóloga		X		X		36.2		X		X				
	B. Gento		RTS		X		X		36.2		X		X				
	medico		RCS		X		X		35.1		X		X				
	S. gon		RTS		X		X		36.2								
	auxiliar		SE						36.0								
	NyD		RCS				X		36.5		X		X				
	Excmal		RCS		X		X		36.6		X		X				
	Aux. Of.		RCS		X		X		36.7		X		X				
	S. g. gene		RTS		X		X		36.7		X		X				
	S. Gento		RTS		X		X		36.2		X		X				
	ADM		RTS		X		X		36.6		X		X				
	medico		RTS		X		X		36.2		X		X				
	S. Gento		RTS		X		X		36.2		X		X				
	Excmal		PD		X		X		36.6		X		X				
	Excmal		PD		X		X		36.6		X		X				
	Excmal		HD		X		X		36.2		X		X				
	S. g.		RTS		X		X		36.2		X		X				
	auxiliar		SE						36.0								
	auxiliar		HD		X		X		36.7		X		X				
	S. g. gene		RTS		X		X		36.7		X		X				
	Excmal		HD		X		X		36.0		X		X				
	medico		RCS		X		X		36.2		X		X				
	S. Gento		RCS		X		X		36.2		X		X				
	S. g.		RTS		X		X		36.2		X		X				
	ADM		RTS		X		X		36.8		X		X				
	S. g. gene		RTS		X		X		36.5		X		X				
	medico		RTS		X		X		36.6		X		X				
	S. Gento		RCS		X		X		36.7		X		X				
	Excmal		RCS		X		X		36.5		X		X				
	ADM		RCS		X		X		36.8		X		X				
	Excmal		PD		X		X		36.6		X		X				
	auxiliar		SE						36.0								
	S. g.		RTS		X		X		36.2		X		X				
	NyD		RCS		X		X		36.7		X		X				

ESCENARIO E INTERVENCIÓN

Escenario 1:
El trabajador que haya manifestado una o más de las preguntas NO se le permitirá el ingreso por el día a la Unidad Renal y deberá notificar a sus líderes de manera inmediata.

*Contacto estrecho: Tener un contacto sin uso de tapabocas, por más de 15 minutos a una distancia menor a 2 metros.

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO



Encuesta Epidemiológica exclusiva para trabajadores de LISTOS - DIAMANTE

Dando continuidad a las actividades tendientes a garantizar un entorno de trabajo seguro y saludable, le pedimos que complete cuidadosamente esta autoevaluación como medida de prevención. Le solicitamos contestar las siguientes preguntas de la manera más honesta. Marque con una X su respuesta.



-LP-010.25-Cx-574 Versión 2

Fecha	Nombres y Apellidos	No. Cédula	Cargo	Área	1. ¿Ha tenido contacto estrecho* con paciente COVID-19?		2. ¿Ha tenido contacto estrecho* con personas en su entorno con COVID-19?		3. Temperatura	4. ¿Ha presentado algún síntoma respiratorio, anorexia, pérdida del gusto, conjuntivitis, asma, tos, rinitis, edema o algún síntoma gastrointestinales?		5. ¿Cúal(es)?	6. ¿Ha tomado elementos de protección personal?		Nombre de quien entrega tapabocas (mascarilla convencional)	Firma de quien recibe tapabocas (mascarilla convencional)
					SI	NO	SI	NO	GRADOS	SI	NO		SI	NO		
	Aut. Enf.		RTS			X		X	36.6		X			X		
	S. general		RTS		X		X		36.7		X		X	X		
	Medico		RTS		X		X		36.5		X			X		
	Aut. Enf.		RTS		X		X		36				X			
	S. general		RCG		X		X		36.2		X		X			
	S. general		RTS		X		X		36.2		X		X			
	Aut. Enf.		RCG			X		X	36.2							
	NyD		RCG		X		X		36		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.1		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.3		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.0		X		X			
	S. general		RTS		X		X		36.2		X		X			
	S. general		RCG		X		X		36.2		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.1		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.1		X		X			
	S. general		RTS		X		X		36.2		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.0		X		X			
	NyD		RCG		X		X		36.4		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.3		X		X			
	Aut. Enf.		RTS		X		X		36.7		X		X			
	S. general		RTS		X		X		36.7		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.2		X		X			
	S. general		RTS		X		X		36.2		X		X			
	S. general		RTS		X		X		36.2		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.1		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.1		X		X			
	S. general		RTS		X		X		36.2		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.0		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.1		X		X			
	S. general		RTS		X		X		36.8		X		X			
	Aut. Enf.		RCG		X		X		36.1		X		X			

ESCENARIO E INTERVENCIÓN

Escenario 1:
El trabajador que haya manifestado Si a una o más de las preguntas NO se le permitirá el ingreso por el día a la Unidad Renal y deberá notificar a sus líderes de manera inmediata.

*Contacto estrecho: Tener un contacto sin uso de tapabocas, por más de 15 minutos a una distancia menor a 2 metros.

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO



Encuesta Epidemiológica exclusiva para trabajadores de LISTOS - DIAMANTE



LP-010.25-Cs-57-FVersion 2

Dando continuidad a las actividades tendientes a garantizar un entorno de trabajo seguro y saludable, le pedimos que complete cuidadosamente esta autoevaluación como medida de prevención.

¹⁵Le solicitamos contestar las siguientes preguntas de la manera más honesta. Marque con una X su respuesta.

Fecha	Nombres y Apellidos	No. Cédula	Cargo	Área	1. ¿Ha tenido contacto estrecho con alguien con COVID-19?		2. ¿Ha tenido contacto estrecho con personas en su entorno con COVID-19?		3. Temperatura	4. ¿Ha presentado algún síntoma respiratorio, náusea, pérdida del gusto, congestión, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, gastrointestinales?		5. ¿Cúmulos?	6. ¿Usa los elementos de protección personal?		Fotografía de quien entrega tapabocas (mascarilla convencional)	Firma de quien recibe tapabocas (mascarilla convencional)
					SI	NO	SI	NO		GRADOS	SI		NO	SI		
	S. GARCIA	REG			X		X	36.2		X			X			
	NYP	RC			X		X			X			X			
	CONFIRM	PD	X		X		X			X			X			
	ADM	RTS			X		X	37.1		X			X			
	F. SANCHEZ	RC			X		X	36.6		X			X			
	ADM. GEN.	RC			X		X	36.6		X			X			
	ADM. GEN.	RC			X		X	36.2		X			X			
	S. GARCIA	RTS			X		X	36.7		X			X			
	S. GARCIA	RC			X		X	36.2		X			X			
	S. GARCIA	RTS			X		X	36.8		X			X			
	ADM. GEN.	RTS			X		X	36.1		X			X			
	NYP	RC			X		X			X			X			
	F. SANCHEZ	RC			X		X	36.6		X			X			
	S. GARCIA	RTS			X		X	36.5		X			X			
	ADM. GEN.	RTS			X		X	36.7		X			X			
	S. GARCIA	RC			X		X	36.2		X			X			
	NYP	RC			X		X	36.6		X			X			
	ADM. GEN.	RC			X		X	36.2		X			X			
	S. GARCIA	RTS			X		X	36.8		X			X			
	F. SANCHEZ	RC			X		X	36.7		X			X			
	S. GARCIA	RTS			X		X	36.8		X			X			
	ADM. GEN.	RTS			X		X	36.1		X			X			
	ADM. GEN.	RTS			X		X	36.7		X			X			
	S. GARCIA	RTS			X		X	36.2		X			X			
	S. GARCIA	RTS			X		X	36.5		X			X			
	S. GARCIA	RTS			X		X	36.7		X			X			
	S. GARCIA	RC			X		X	36.2		X			X			
	ADM. GEN.	RC			X		X	36.2		X			X			
	NYP	RC			X		X	36.1		X			X			
	F. SANCHEZ	RC			X		X	36.6		X			X			
	S. GARCIA	RTS			X		X	36.6		X			X			
	S. GARCIA	RTS			X		X	36.6		X			X			
	ADM. GEN.	RTS			X		X	36.8		X			X			
	ADM. GEN.	HD			X		X	36.1		X			X			

ESCENARIO E INTERVENCIÓN

Escenario 1

El trabajador que haya marcado SI a una o más de las preguntas NO se le permitirá el ingreso por el día a la Unidad Renal y deberá notificar a sus líderes de manera inmediata

*Contacto estrecho: Tener un contacto sin uso de tapabocas, por más de 15 minutos a una distancia menor a 2 metros

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

- **Inventario de Elementos de Protección Personal:**

CODIGO	Clínica	Descripción	Cantidad disponible (Física)
RD00231	RTS RIONEGRO	MASCARILLA DESECHABLE	720
RD00233	RTS RIONEGRO	TAPABOCA ELASTIC AZUL ALFASAFE	300
GN00124	RTS RIONEGRO	GUANTES DESECHABLES NO ESTERIL	7400
GN00602	RTS RIONEGRO	GUANTES DESECHABLES NO ESTERIL	604
RD00539	RTS RIONEGRO	BATA REPELENTE FLUIDOS	160
RD00108	RTS RIONEGRO	GORRO ENFERMERA BLANCO	199
	RTS RIONEGRO	GAFAS	14
	RTS RIONEGRO	CARETAS	3
RD00247	RTS RIONEGRO	POLAINAS DESECHABLES	171
RD00249	RTS RIONEGRO	POLAINA BASICA AZUL	50
	RTS RIONEGRO	OVEROL	0
DR00278	RTS RIONEGRO	RESPIRADOR N95	31
DR00279	RTS RIONEGRO	RESPIRADOR N95	71
RD00421	RTS RIONEGRO	ESCAFANDRA	51

- **Proyección de Elementos de Protección Personal:**

NOMBRE ZONA	NOMBRE CLINICA	CIUDAD	PUNTOS INSTALADOS	Jefes Enfermería / Punto	auxiliares / Punto	Total persona turno adicional	Personal servicios generales	Procedimientos	STOCK MENSUAL EPP (Overol/kit doctor, N95, polainas, bata, guantes)
Antioquia	RTS SUCURSAL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RIONEGRO	RIONEGRO	9	1	1	2	0	14	30

- Acta de revisión del informe por parte del Copasst:



Bogotá, 8 de julio de 2021

Señores
MINISTERIO DE TRABAJO
Atn: Dr. Daniel Sanin Mantilla

Asunto: Verificación por parte del Copasst del cumplimiento de Protocolo de Bioseguridad y EPP

Por medio de la presente y en calidad de presidente del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (Copasst), certifico que el Copasst se reunió y realizó la verificación y control sobre la información remitida respecto al cumplimiento del Protocolo de Bioseguridad y la disponibilidad, entrega y uso de los elementos de protección personal de Rts Rionegro, Apartadó y Medellín. A continuación, se relaciona los representantes que participaron:

PARTICIPANTES:

NOMBRE	ABREVIATURA	CARGO
Dora Zapata	DZapata	Gestora Ser Cali
Fernando Quevedo	FQuevedo	Auxiliar de Admisiones
Claudia Solera	CSolera	Auxiliar de enfermería H. Militar
Jenny Pardo	JPardo	Gerente EHS
Miryam Gomez	MGomez	Enfermera Ser Bogotá
Yazmin Ordoñez	YOrdoñez	Administradora Popayán
Jhon Castro	JCastro	Administrador Barranquilla

Invitados:

NOMBRE	ABREVIATURA	CARGO
Lisa Barrios	LBarrios	Especialista Seguridad

Así mismo, se contó con la asesoría y asistencia técnica del asesor de la Arl Positiva Diego Fernando Diaz.

Quedo atenta a cualquier duda.

Cordialmente,

JENNY LILIANA PARDO
Presidente COPASST