

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)	6/02/2022	6/02/2022	6/02/2022

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

<p>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)</p>	<p>https://rcs.baxter.com/es/informes-semanales-mintrabajo</p>	<p>https://rcs.baxter.com/es/informes-semanales-mintrabajo</p>	<p>https://rcs.baxter.com/es/informes-semanales-mintrabajo</p>
<p>PORCENTAJE (%) DE CUMPLIMIENTO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (número entero entre 1 y 100)</p>	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>100</p>
<p>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?</p>	<p>SI</p>	<p>SI</p>	<p>SI</p>
<p>Pregunta 2. ¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?</p>	<p>SI</p>	<p>SI</p>	<p>SI</p>

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

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

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

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

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	1	1	1
Año de inicio del periodo	2022	2022	2022
Día de corte del reporte	31	31	31

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

Mes de corte del periodo	1	1	1
Año de corte del periodo	2022	2022	2022
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

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

Fecha	Nombre y Apellidos	No. Cédula	Cargo	Etnia	1. ¿Ha tenido contacto estrecho* con paciente COVID (+)?		2. ¿Ha estado en contacto estrecho* con personas en el entorno con COVID (+)?		3. Temperatura GRADOS	4. ¿Ha presentado algún síntoma respiratorio, fiebre, pérdida del gusto, pérdida de olfato, náuseas, vómitos, o diarrea o algún síntoma gastrointestinal?		5. ¿Cuál(es)?		6. ¿Usa los elementos de protección personal?	Número de quistes entregados (masculino/convencional)	Forma de quistes entregados (masculino/convencional)	ESCENARIO E INTERVENCIÓN
					SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
01-21			Ceaf	LFJ		✓		✓	38.5		✓		✓				<p>Escenario 1:</p> <p>El trabajador que haya marcado "SI" debe y 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.</p> <p>*Contacto estrecho: Tener un contacto in uno de tabicaci, por más de 15 minutos a una distancia menos a 2 metros</p>
01/01/22			NFTD	RCS		✓		X	36		✓		✓				
26/01/22			medico	RCS		✓		✓	36.5		✓		✓				
20/01/22			ceaf.	PD		X		X	36.5		X		X				
16/01/21			ADMS	RTS		X		X	36.5		X		X				
14/01/21			Ceaf	RCS		✓		✓	36.4		✓		✓				
25/01/21			MD	RCS		✓		✓	36.5		✓		✓				
21/01/21			MD	RCS		X		X	36.4		X		X				
11/01/21			RCS	RTS		X		X	36.4		X		X				
31/1/22			medico	RCS		✓		✓	36.9		✓		✓				
21/1/22			AUX. CUF	RCS		X		X	36.3		X		X				
18-01-22			AUX ENF	RCS		X		X	36.5		X		✓				
10/1/22			medico	RCS		✓		✓	36.3		✓		✓				
01/01/22			ADMS	RTS		X		X	36.2		✓		✓				
20/1/22			AUX CUF	RCS		X		✓	36.3		X		✓				
			Ceaf	AD		X		X	36.3		X		X				
0-01-22			AUX ENF	AD		X		X	36.6		X		X				
1-01-22			AUX ENF	AD		✓		X	36.3		✓		✓				
11-01-22			AUX ENF	AD		X		✓	36.4		X		X				
2-01-22			Medico	AD		✓		✓	36.6		✓		✓				
11-01-22			Ceaf	PD		X		X			X		X				
11/01/22			MD	RCS		X		X	36.6		✓		✓				
11/01/22			MD	RCS		X		X			✓		✓				
11/01/22			ADMS	RCS		✓		✓			X		X				
11/01/22			RCS	RCS		X		X			X		X				
11/1/22			RCS	RCS		✓		✓			✓		✓				
11/01			ENF	AD		X		X	36.4		X		X				
17/01/22			medico	AD		✓		✓	36.3		✓		✓				
21/01/22			AUX. CUF	AD		X		X	36		X		X				
12-01-22			AUX ENF	AD		X		X	36.3		X		X				
21/01/22			medico	AD		✓		✓	36.5		✓		✓				
21-01-22			NFTD	RTS		X		X	36.4		✓		✓				
22/01/22			ENF	PD		X		X	36.5		X		X				
22/01/22			MD	RCS		X		X	36.4		X		X				

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

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.

Fecha	Nombre y Apellido	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 corporal	4. ¿Ha presentado algún síntoma respiratorio, anorexia, pérdida del gusto, congestión, estornudos, fiebre, dolor de garganta o algún síntoma gastrointestinal?		5. ¿Cúmulos?	6. ¿Usa los elementos de protección personal?	7. ¿Uso de guantes estériles (necesarios en procedimientos)?	8. ¿Uso de guantes tapabocas (mascarilla convencional)?	9. ¿Uso de guantes tapabocas (mascarilla convencional)?	ESCUENARIO E INTERVENCIÓN
					SI	NO	SI	NO		GRADOS	SI						
18-01-22			Aux. Enf.	HD	X		✓		36.3		✓						<p>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.</p> <p>*Contacto estrecho: Tener un contacto sin uso de tapabocas, por más de 15 minutos a una distancia menor a 2 metros.</p>
18-01-22				PD	X		✓				✓						
18-01-22				RCS	✓		✓				✓						
19-01-22				RCS	✓		✓				✓						
19-01-22			PF	RF	X		X		36.4		X		✓				
19-01-22			Psicología	Psicología	X		X				X		✓				
20-01-22			Psicología	CS	✓		✓		36.7		✓		✓				
20-01-22			ADM	RCS	✓		✓				✓		✓				
20-01-22			PF	RF	X		X		36.4		X		✓				
20-01-22			medico	RCS	✓		✓		36.5		✓		✓				
20-01-22			u. enf.	RCS	✓		✓		36.5		✓		✓				
20-01-22			MD	RCS	✓		X				✓		✓				
20-01-22			aux. enf.	HD	✓		✓		36.8		✓		✓				
21-01-22			Aux. Enf.	HD	✓		✓		36.4		✓		✓				
21-01-22			u. enf.	HD	✓		✓				✓		✓				
21-01-22			Enf.	HD	✓		✓		36.5		✓		✓				
21-01-22			Psicología	RCS	✓		✓		36.2		X		✓				
21-01-22			PF	RF	X		X		36.2		X		✓				
21-01-22			MD	RCS	✓		✓		36.5		✓		✓				
22-01-22			medico	RCS	✓		✓		36.5		✓		✓				
22-01-22			aux. enf.	HD	✓		✓				✓		✓				
24-01-22			medico	RCS	✓		✓		36.1		✓		✓				
24-01-22			Enf.	RCS	✓		✓		36.4		✓		✓				
24-01-22			PF	RCS	✓		✓		36.7		✓		✓				
24-01-22			Adm.	RCS	✓		✓			X		✓	✓				
24-01-22			PF	RF	X		X		36.6		X		✓				
24-01-22			MD	RCS	✓		✓			✓	✓		✓				
24-01-22			Aux. Enf.	RCS	✓		✓		36.6		✓		✓				
24-01-22			ADM	RCS	✓		✓				✓		✓				
25-01-22			Aux. Enf.	HD	✓		✓		36.5		✓		✓				
25-01-22			Aux. Enf.	HD	✓		✓		36.3		✓		✓				
25-01-22			Enf.	RCS	✓		✓		36.6		✓		✓				
25-01-22			Psicología	RCS	✓		✓		36.7		✓		✓				
25-01-22			PF	RF	X		X		36.6		X		✓				

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

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.

Fecha	Nombre y Apellido	No. Cédula	Cargo	Área	1. ¿Ha tenido contacto estrecho* con paciente COVID (+)?		2. ¿Ha tenido contacto estrecho con personas en su entorno con COVID (+)?		3. Temperatura corporal	4. ¿Ha presentado algún síntoma respiratorio, anorexia, pérdida del gusto, conjuntivitis, acicicofía, fiebre, náusea o algún síntoma gastrointestinal?		5. ¿Cúmulos?	6. ¿Usa los elementos de protección personal?		7. Nombre de guiso entregado (masculino/femenino)	8. Firma de quien recibe tapabocas (masculino/femenino)	ESCUENARIO E INTERVENCIÓN
					SI	NO	SI	NO		GRADOS	SI		NO	SI			
18-01-22			Aux. Enf.	HD	X		✓		36.3		✓						<p>Escenario 1.</p> <p>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.</p> <p>*Contacto estrecho: Tener un contacto sin uso de tapabocas, por más de 15 minutos a una distancia menor a 2 metros.</p>
18-01-22				PD	X		✓				✓						
18-01-22				RCS	✓		✓				✓						
19-01-22				Dep	✓		✓				✓						
19-01-22			PF	RF	X		X		36.4		X		✓				
19-01-22			Psicología	Psicología	X		X				X		✓				
20-01-22			Psicología	CS	✓		✓		36.7		✓		✓				
20-01-22			ADM	RCS	✓		✓				✓		✓				
20-01-22			PF	RF	X		X		36.4		✓		✓				
20-01-22			medico	RCS	✓		✓		36.5		✓		✓				
20-01-22			u.enf.	RCS	✓		✓		36.5		✓		✓				
20-01-22			MD	RCS	✓		X				✓		✓				
20-01-22			aux.enf.	HD	✓		✓		36.8		✓		✓				
21-01-22			Aux. Enf.	HD	✓		✓		36.4		✓		✓				
21-01-22			u.enf.	HD	✓		✓				✓		✓				
21-01-22			Enf.	HD	✓		✓		36.5		✓		✓				
21-01-22			Psicología	RCS	✓		✓		36.2		X		✓				
21-01-22			PF	RF	X		X		36.2		X		✓				
21-01-22			MD	RCS	✓		✓		36.5		✓		✓				
22-01-22			medico	RCS	✓		✓		36.5		✓		✓				
22-01-22			aux.enf.	HD	✓		✓				✓		✓				
24-01-22			medico	RCS	✓		✓		36.1		✓		✓				
24-01-22			Enf.	RCS	✓		✓		36.4		✓		✓				
24-01-22			PF	RCS	✓		✓		36.7		✓		✓				
24-01-22			ADM	RCS	✓		✓				✓		✓				
24-01-22			PF	RF	X		X		36.6		X		✓				
24-01-22			MD	RCS	✓		✓				✓		✓				
24-01-22			Aux. Enf.	RCS	✓		✓		36.6		✓		✓				
24-01-22			ADM	RCS	✓		✓		36.5		✓		✓				
25-01-22			Aux. Enf.	HD	✓		✓		36.3		✓		✓				
25-01-22			Aux. Enf.	HD	✓		✓		36.3		✓		✓				
25-01-22			Enf.	RCS	✓		✓		36.6		✓		✓				
25-01-22			Psicología	RCS	✓		✓		36.7		✓		✓				
25-01-22			PF	RF	X		X		36.6		X		✓				

INFORME MENSUAL RTS SUCURSAL RIONEGRO

- Inventario de Elementos de Protección Personal:

CODIGO	Clínica	Descripción	Cantidad disponible (Física)
RD00239	RTS RIONEGRO	MASCARILLA DESECHABLE CLIC	3850
GN00123	RTS RIONEGRO	GUANTES DESECHABLES NO ESTERIL	1200
GN00124	RTS RIONEGRO	GUANTES DESECHABLES NO ESTERIL	17200
GN00602	RTS RIONEGRO	GUANTES DESECHABLES NO ESTERIL	400
GN00578	RTS RIONEGRO	GUANTE DE VINILO STRETCH LIBRE	1300
RD00539	RTS RIONEGRO	BATA REPELENTE FLUIDOS UM TALL	40
RD00540	RTS RIONEGRO	BATA REPELENTE FLUIDOS UM TALL	12
RD00528	RTS RIONEGRO	GORRO ENFERMERA AZUL PRENSADO	100
NA	RTS RIONEGRO	GAFAS	14
NA	RTS RIONEGRO	CARETAS	8
RD00598	RTS RIONEGRO	VESTIDO MEDICO XXXL SURGICAL V	33
RD00247	RTS RIONEGRO	POLAINAS DESECHABLES MAINCO	110
RD00249	RTS RIONEGRO	POLAINA BASICA AZUL UM	50
RD00421		ESCAFANDRA	57
DR00278		RESPIRADOR RIESGO BIOLOG. REF	56
DR00279		RESPIRADOR RIESGO BIOLOG. REF	79

- 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, 3 de febrero de 2022

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:

Asistentes:

NOMBRE	ABREVIATURA	CARGO
Myriam Gomez	MGomez	Gestora Ser Bogotá
Claudia Torres	CTorres	Administradora Santa Clara
Pablo Miranda	PMiranda	Químico Farmacéutico
Jenny Pardo	Jpardo	Gerente EHS
Paola Gomez	Pgomez	Coordinadora Enfermería
Yazmin Ordoñez	Yordoñez	Administradora Popsayán
Milagro Romo	Mromo	Administradora Valledupar
Jhon Jairo Castro	Jcastro	Administrador Barranquilla

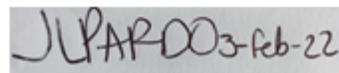
Invitados:

NOMBRE	ABREVIATURA	CARGO
Orlando Rubiano	Orubiano	Supervisor Servicio Técnico
Oswaldo Rincon	ORincon	Ingeniero Servicio Técnico
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