

# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO



**CEL.: 956 979 601 / 975 272 161**

PROPIETARIO  
BAUTISTA ZUTA JULIO CESAR

## CONTENIDO

PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 .....	4
EN EL TRABAJO.....	4
I. DATOS DE LA EMPRESA .....	4
II. DATOS LUGAR DE TRABAJO.....	4
2.1. REGISTRO RENIPRESS .....	4
2.2. CROQUIS DE UBICACIÓN DE ESTABLECIMIENTO .....	5
III. DATOS SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES .....	6
IV. INTRODUCCIÓN .....	6
V. OBJETIVOS.....	7
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	7
5.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	7
VI. NÓMINA DE TRABAJADORES POR RIESGO DE EXPOSICIÓN A COVID-19 .....	7
VII. PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS DE PREVENCIÓN DEL COVID-19.....	7
7.1. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS CENTROS DE TRABAJO .....	7
7.2. IDENTIFICACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 PREVIO INGRESO AL CENTRO DE TRABAJO.....	8
7.3. LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS OBLIGATORIO .....	9
7.4. SENSIBILIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO EN EL CENTRO DE TRABAJO.....	10
7.5. MEDIDAS PREVENTIVAS COLECTIVAS .....	10
7.6. MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL .....	11
7.7. VIGILANCIA PERMANENTE DE COMORBILIDADES RELACIONADAS AL TRABAJO EN CONTEXTO COVID-19 .....	11
VIII. PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS PARA EL REGRESO Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO .....	12
8.1. PROCESO PARA REGRESO AL TRABAJO.....	12
8.2. PROCESO PARA LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO .....	13
8.3. REVISIÓN Y REFORZAMIENTO A TRABAJADORES EN PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO CON RIESGO CRÍTICO EN PUESTOS DE TRABAJO. ....	13
8.4. PROCESO PARA EL REGRESO O REINCORPORACIÓN AL TRABAJO DE TRABAJADORES CON FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19.....	14
IX. RESPONSABILIDADES DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN .....	14
X. PRESUPUESTO Y PROCESO DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN	15

XI. DOCUMENTO DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO .....	16
ANEXO 1.....	17
ANEXO 2.....	18
ANEXO 3.....	19
ANEXO 4.....	20
ANEXO 5.....	22

## **PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO**

### **I. DATOS DE LA EMPRESA**

Razón Social: BAUTISTA ZUTA JULIO CESAR  
Razón Comercial: EMERGENCIAS EN CARDIOLOGÍA  
RUC: 10085878137  
Dirección: Jr. Hermosura N°518  
Región: Amazonas  
Provincia: Chachapoyas  
Distrito: Chachapoyas

### **II. DATOS LUGAR DE TRABAJO**

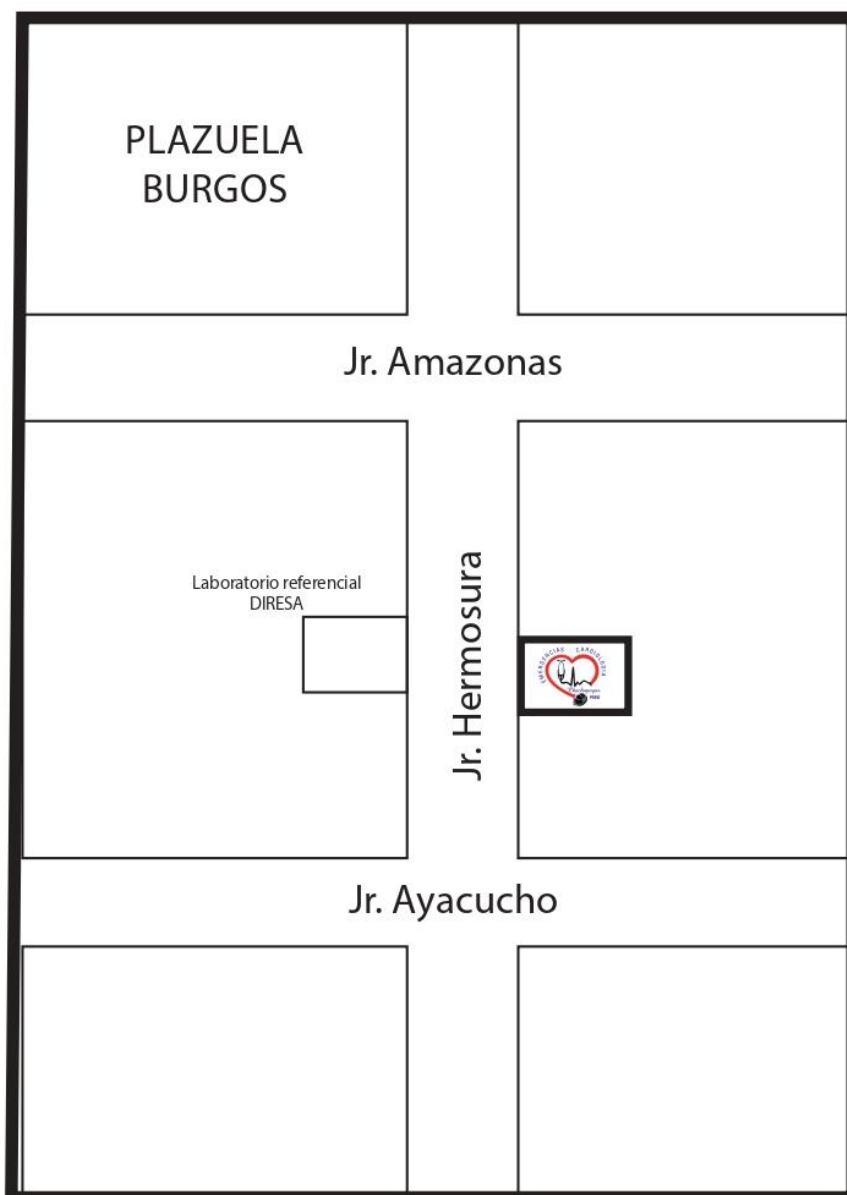
La IPRESS Emergencias en Cardiología se ubica en el Jr. Hermosura N°518, a media cuadra de la plazuela de Burgos, frente al laboratorio referencial de DIRESA, en el distrito de Chachapoyas – Chachapoyas - Amazonas.

#### **2.1. REGISTRO RENIPRESS**

La IPRESS Emergencias en Cardiología, se encuentra debidamente registrado y categorizado en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) – SUSALUD, aprobado mediante Resolución Directoral Regional Sectorial N°568-2020-GOBIERNO REGIONAL AMAZONA/DRSA de fecha 10 de julio de 2020, que acredita al establecimiento como IPRESS de categoría I-2 con Código Único: 00028149, con UPSS Consulta Externa, apto para brindar los servicios de la especialidad de cardiología.

## 2.2. CROQUIS DE UBICACIÓN DE ESTABLECIMIENTO

El establecimiento de la IPRESS se encuentra en la siguiente ubicación.



### III. DATOS SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES

Debido a que la nómina de colaboradores no excede a los 20 trabajadores, el Gerente establece protocolos relacionados para contar con un Sistema Seguridad y Salud en el Trabajo propio que asegure que las funciones correspondientes sean adecuadas y apropiadas para los riesgos de la empresa para la salud en el trabajo, los cuales serán realizados la siguiente colaboradora, quien a su vez es técnica en enfermería.

N°	Apellidos y Nombres	DNI	Puesto de trabajo
1	RAMIREZ BAUTISTA MILAGRITOS DEL PILAR	44596936	Técnico en enfermería

### IV. INTRODUCCIÓN

En este período de la pandemia originada COVID-19, la prioridad las instituciones prestadoras de servicios de salud es adoptar medidas preventivas que protejan la salud de los profesionales que laboran en la misma, como también de la ciudadanía en general que requiere asistencia, de este modo poder contribuir de manera segura con los servicios que se pone a disposición de reanudación de actividades en el inicio de la Etapa “Hacia una nueva convivencia”.

Las IPRESS han paralizado sus actividades debido al Estado de Emergencia Nacional. En el contexto de esta excepcional crisis de salud, la implementación de medidas de vigilancia prevención y control son condiciones esenciales para la continuidad de las actividades todos los sectores y con mucho más énfasis en el sector salud.

Este documento describe los lineamientos urgentes y específicos que se implementarán para garantizar las condiciones de salud necesarias para los profesionales que brinden servicios y la ciudadanía que los recibirá, además de cualquier medida de salud decretada por las autoridades, que aprueban estas medidas específicas.

## V. OBJETIVOS

### 5.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición al COVID-19, siguiendo y cumpliendo con los lineamientos establecidos.

### 5.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Establecer lineamientos para el regreso y reincorporación al centro de trabajo.
- Garantizar la sostenibilidad de las condiciones sanitarias para reducir el riesgo de contagio del COVID-19 en los trabajadores.

## VI. NÓMINA DE TRABAJADORES POR RIESGO DE EXPOSICIÓN A COVID-19

APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	PROFESIÓN	N° COLEGIATURA	ÁREA DE TRABAJO
BAUTISTA ZUTA JULIO CESAR	08587813	Médico	26610	Consulta externa
RAMIREZ BAUTISTA MILAGRITOS DEL PILAR	44596936	Técnico en enfermería		Recepción

## VII. PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS DE PREVENCIÓN DEL COVID-19.

### 7.1. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS CENTROS DE TRABAJO

Previo al inicio de las actividades diarias, se deberá limpiar y desinfectar los ambientes, mobiliario, herramientas, equipos y otros, a fin de asegurar las superficies libres de COVID-19.

- Limpiar con paño húmedo con desinfectante paredes, mesas y otras superficies. Para el piso, limpiar con trapeador húmedo con lejía, que deberá estar en condiciones para su uso y con autorización Sanitaria de DIGESA.
- Desinfectar artículos electrónicos y materiales con alcohol del 62%-71%.
- Al finalizar, lavar las manos con abundante agua y jabón

Así mismo se procederá a hacer la desinfección respectiva con alcohol de materiales y mobiliario finalizando cada una de las citas que se tengan programadas durante el horario de atención definido. La persona que realice la limpieza usará guantes, que al finalizar deberá desecharlos en el depósito de residuos peligrosos que se tendrá implementado.

El cumplimiento de este primer lineamiento se deberá verificar y se realizará de manera diaria previa apertura para atención y post atención de cita programada. Las medidas de protección y capacitación necesarias se asegurarán para el personal destinado a esta función; así como también la disposición de sustancias a emplear.

## 7.2. IDENTIFICACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 PREVIO INGRESO AL CENTRO DE TRABAJO

El empleador tendrá los siguientes aspectos:

- a) Identificar el riesgo de exposición al COVID-19 de cada puesto de trabajo según el numeral 6.1. “Definiciones Operativas – Puestos de Trabajo con Riesgo de Exposición a COVID-19” del documento Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Salud de los Trabajadores con Riesgo de Exposición a COVID-19.

APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	PUESTO TRABAJO (ESPECIALIDAD)	RIESGO DE EXPOSICIÓN
BAUTISTA ZUTA JULIO CESAR	08587813	Médico	Alto
RAMIREZ BAUTISTA MILAGRITOS DEL PILAR	44596936	Técnico en enfermería	Bajo

- b) Aplicar ficha de sintomatología COVID-19 (Anexo 1) de carácter declarativo a cada trabajador.
- c) Medir la temperatura corporal al momento de ingreso al establecimiento y mantener un registro de control de temperatura (Anexo 2)
- d) Al tener colaboradores con puestos de trabajo de alto riesgo, se realizará las pruebas serológicas respectivas previa reanudación de actividades.
- e) Establecer la periodicidad de la aplicación de las pruebas para covid-19 en el plan de vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo.

Los costos generados son asumidos por el empleador, el resultado de las pruebas realizadas permitirá determinar si el trabajador puede regresar o reincorporarse a su puesto de trabajo.

De identificarse un caso sospechoso, se procederá con las siguientes medidas:

- a) Aplicación de ficha epidemiológica COVID-19 (Anexo 3) establecida por el Ministerio de Salud (MINSA)



- b) Aplicación de prueba serológica o molecular COVID-19.
- c) Identificación de contactos en domicilio.
- d) Comunicar a la autoridad de salud de la jurisdicción para el seguimiento del caso correspondiente. Tomando en cuenta lo establecido en la R.M. N°193-2020/MINSA, “Aprueban Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú.”
- e) Realizar el tratamiento clínico a distancia diario según corresponda

El trabajador identificado como caso sospechoso, que se confirma el diagnóstico de COVID-19, a los 14 días calendario de aislamiento y antes de la reincorporación al trabajo; el empleador a través de un profesional de salud realiza la evaluación clínica respectiva para el retorno al trabajo.

### **7.3. LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS OBLIGATORIO**

El empleador asegura la cantidad y ubicación de puntos de lavado de manos o alcohol gel, para el uso libre de lavado y desinfección de los trabajadores.

Según la distribución del área de la IPRESS, un dispensador de alcohol gel se ubicará al ingreso del centro de trabajo, de modo que se lleve a cabo el lavado de manos o desinfección previo al inicio de las actividades y evitar el contacto de las manos con grifos y manijas.

Los servicios higiénicos estarán debidamente desinfectados, se realizará la limpieza diaria de los mismo, contará con jabón líquido a disposición de los colaboradores.

Deberá indicarse mediante carteles, la ejecución adecuada del método de lavado correcto o uso de alcohol en gel para la higiene de manos, en la parte superior de los puntos de lavado o desinfección para conocimiento de los usuarios.

#### **7.4. SENSIBILIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO EN EL CENTRO DE TRABAJO**

El empleador asegura las siguientes actividades para la sensibilización a los trabajadores:

- Exponer información sobre coronavirus y medios de protección laboral en capacitaciones y carteles en lugares visibles.
- Exponer la importancia del lavado de manos, toser o estornudar cubriéndose la boca con la flexura del codo, no tocarse el rostro.
- El uso de mascarillas es obligatorio durante la jornada laboral, en este caso el personal debe usar mascarilla FFP2 o N95.
- Sensibilizar en la importancia de reportar tempranamente la presencia de sintomatología COVID-19.
- Facilitar medios para responder las inquietudes de los trabajadores respecto a COVID-19.
- Educar permanentemente en medidas preventivas para evitar el contagio por COVID-19 dentro y fuera del establecimiento.
- Educar sobre la importancia de prevenir diferentes formas de riesgos de contagio o riesgos propios de la actividad de cada trabajador

#### **7.5. MEDIDAS PREVENTIVAS COLECTIVAS**

Acciones dirigidas al medio o vía de transmisión de COVID-19 en el ambiente de trabajo que se implementarán considerando:

- Los trabajadores que retornen o se reincorporen al trabajo en las instalaciones del programa, lo harán sólo a ambientes que cuenten con la ventilación natural o artificial necesaria que asegure la renovación cíclica del aire. En caso las instalaciones no dispongan de las medidas mencionadas, no se permitirá el retorno a dicho ambiente de trabajo.
- Distanciamiento social de 1 metro entre trabajadores, además del uso permanente de mascarilla, gafas de protección, guantes y traje de protección biológica por parte de los profesionales que laboren.
- Respecto a las reuniones de trabajo: Se deberá de reducir el desarrollo de reuniones presenciales en el centro de trabajo, para evitar el incumplimiento a la distancia social impuesta por el MINSA y se deberá priorizar las reuniones en salas virtuales (Tipo aplicación ZOOM, SKIPE, MEET o el aplicativo que el Programa decida). De manera excepcional se realizan reuniones con presencia física de asistentes, para lo cual es

obligatorio que se desarrollen en espacios amplios y ventilados y cumpliendo con las disposiciones específicas del presente documento.

- Limpieza y desinfección de calzados antes de ingresar al centro de trabajo. Se colocará una bandeja con lejía para la desinfección al ingreso al establecimiento.
- Evitar aglomeración durante el ingreso y salida del centro laboral.
- Se establecerán puntos de acopio de equipos de protección personal (EPP) usados en cada piso de las instalaciones, los mismos que dispondrán de bolsas rojas para identificar los residuos contaminados de la institución.
- Establecimiento de punto estratégico para el acopio de material contaminado como Equipos de Protección Personal (EPP) usados, material descartable posiblemente contaminado (guantes, mascarillas u otros).

## **7.6. MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

El empleador asegura la disponibilidad de los EPP (Mascarillas FFP2 o N95 quirúrgico y guantes desechables), gafas de protección, así como también guantes y trajes de protección biológica, que serán asignados a cada personal e implementa las medidas para su el correcto y obligatorio uso por parte del personal, estableciendo como mínimo las medidas recomendadas por organismos nacionales e internacionales tomando en cuenta el riesgo de los puestos de trabajo para exposición ocupacional a COVID-19 (Anexo 3).

- a) Es obligatorio el uso de guantes y mascarilla en el trayecto que van desde su domicilio hasta las instalaciones del policlínico, y viceversa; así como todo el tiempo que desarrollen los distintos servicios brindados.
- b) Desechar los guantes, después de cada atención a consulta o cita, así como también la desinfección del traje que le pertenecerá a cada trabajador.

## **7.7. VIGILANCIA PERMANENTE DE COMORBILIDADES RELACIONADAS AL TRABAJO EN CONTEXTO COVID-19**

Durante la emergencia sanitaria nacional, se realizará la vigilancia permanente de salud de los trabajadores:

- a) La vigilancia de la salud de los trabajadores es necesaria ante el riesgo de exposición al COVID-19 y se debe realizarse permanentemente durante el tiempo que establezca el Ministerio de Salud.

- b) Como actividad de vigilancia, se controlará la temperatura corporal de los trabajadores (termómetro digital), al momento de ingresar al establecimiento y al finalizar la jornada laboral.
- c) El encargado del Servicio de seguridad y salud en el trabajo es responsable de que se realice, la toma y registro de la temperatura.
- d) Se indicará la evaluación médica de síntomas COVID-19, a todo trabajador que presente temperatura mayor a 38.0°C.
- e) Todo trabajador con fiebre y evidencia de sintomatología COVID-19, se considera como caso sospechoso, y se realizará:
  - Aplicación de la Ficha epidemiológica COVID-19 establecida por MINSA.
  - Aplicación de Pruebas serológica o molecular COVID-19 al caso sospechoso.
  - Identificación de contactos en centro de trabajo, según lo normado por el Ministerio de Salud.
  - Toma de Pruebas serológica o molecular COVID-19 a los contactos del centro de trabajo a cargo del empleador.
  - Identificación de contactos en domicilio.
  - Comunicar a la autoridad de salud de su jurisdicción para el seguimiento de casos.
- f) En caso de presentarse un brote en la IPRESS, la autoridad sanitaria correspondiente comunica de forma inmediata a la SUNAFIL a efecto de cumplir el cierre o paralización inmediata de labores (art. 15 de la Ley N° 28806, Ley General de Inspección de Trabajo y sus modificatorias).

## **VIII. PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS PARA EL REGRESO Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO**

### **8.1. PROCESO PARA REGRESO AL TRABAJO**

Para el la regreso al trabajo de los trabajadores que estuvieron en cuarentena y no presentaron, ni presentan sintomatología COVID-19, ni fueron caso sospechoso o positivo de COVID-19 se deberá aplicar el descarte respectivo por medio de prueba serológica o molecular según lo establecido. Así mismo se deberán aplicar antes del inicio de las actividades todos los lineamientos para la Vigilancia de la Salud de los trabajadores.

## **8.2. PROCESO PARA LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO**

Para la reincorporación de los trabajadores que cuentan con alta epidemiológica COVID-19. En casos leves, se reincorpora 14 días calendario después de haber iniciado el aislamiento domiciliario. En casos moderados o severos, los 14 días calendario después de la alta clínica.

El personal que se reincorpora al trabajo debe usar mascarilla durante su jornada laboral, además deberá cumplir los lineamientos para la Vigilancia de la Salud de los trabajadores.

## **8.3. REVISIÓN Y REFORZAMIENTO A TRABAJADORES EN PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO CON RIESGO CRÍTICO EN PUESTOS DE TRABAJO.**

Las actividades incluidas en la reanudación de actividades denominada “hacia una nueva convivencia” en el sector y servicios que la IPRESS ofrece, se considera puesto de trabajo con riesgo crítico, de tal modo la supervisión y control de los colaboradores profesionales de la salud se efectuará de manera más rigurosa desarrollando las siguientes acciones:

- Seguimiento semanal de los servidores abocados a labores de riesgo identificados, con la aplicación de ficha de sintomatología.
- Evaluación semanal médica de los servidores que desarrollan labor de riesgo.
- Testeo con prueba rápida o prueba molecular de forma semanal a los servidores que se encuentran desarrollando estas labores de riesgo.
- De identificarse personal que desarrolla labor de riesgo con sintomatología o diagnóstico de COVID-19 se procederá de acuerdo a la normativa vigente.
- Los colaboradores usaran en todo momento mascarilla FFP2 o N95 quirúrgica, así mismo el lavado de manos se debe efectuar después de cada cita, como también la desinfección de las herramientas y mobiliario requerido tanto antes y después de cada atención al usuario.

#### **8.4. PROCESO PARA EL REGRESO O REINCORPORACIÓN AL TRABAJO DE TRABAJADORES CON FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19**

Para los colaboradores que estén considerados en el siguiente listado, no podrán reincorporarse al trabajo hasta que las autoridades establezcan los procedimientos técnicos normativos.

Dentro del grupo de riesgo, se consideran los trabajadores que tienen o sufren de las siguientes condiciones:

- Edad mayor de 60 años.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Cáncer.
- Diabetes Mellitus.
- Obesidad con IMC de 30 a más.
- Asma.
- Enfermedad respiratoria crónica.
- Insuficiencia renal crónica.
- Enfermedad o tratamiento inmunosupresor.

#### **IX. RESPONSABILIDADES DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN**

La R.M. N.º 239-2020-MINSA establece que el empleador elabora el “Plan para la vigilancia, prevención y control del COVID-19 en el trabajo”. El encargado de la Seguridad y Salud en el Trabajo aprueba el Plan.


El empleador del centro de trabajo debe aplicar obligatoriamente los lineamientos establecidos en el presente documento. Los trabajadores cumplirán y contribuirán con la implementación de lo dispuesto en el presente documento técnico. El incumplimiento o la inobservancia de la normativa sanitaria por parte del empleador tendrán consecuencias y responsabilidades a nivel administrativo y penal.

## X. PRESUPUESTO Y PROCESO DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN

La estimación de insumos se realizó por el tiempo de 1 mes.

ITEM	MATERIAL/DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	C. UNIT	PRECIO TOTAL
A	Kit de limpieza y desinfección personal				
1	Alcohol en gel (70%) x1L	Und	1	S/ 20.00	S/ 20.00
2	Dispensador de Jabón Líquido x1L	Und	1	S/ 40.00	S/ 40.00
B	Desinfección de áreas comunes				
3	Desinfección establecimiento con Hipocloro	m2	32	S/ 1.60	S/ 51.20
4	Alcohol Etílico 70°GL x1L	Und	2	S/ 15.00	S/ 30.00
5	Papel toalla	Und	2	S/ 3.00	S/ 6.00
6	Contenedor de desechos con peligro biológico	Und	1	S/ 25.00	S/ 25.00
7	Bandeja para desinfección de zapatos	Und	1	S/ 20.00	S/ 20.00
C	Controles administrativos				
8	Termómetro digital infrarojo	Und	1	S/ 250.00	S/ 250.00
9	Carteles informativos (Lavado/desinfección)	Und	2	S/ 10.00	S/ 20.00
10	Señaléticas de SST	Und	2	S/ 10.00	S/ 20.00
D	EPP				
11	Mascarillas N95 quirurgica	Und	8	S/ 35.00	S/ 280.00
12	Guantes de nitrilo (Caja de 50 pares)	Caja	2	S/ 70.00	S/ 140.00
13	Lentes de protección	Und	1	S/ 10.00	S/ 10.00
15	Mameluco o eterizo drill	Und	1	S/ 45.00	S/ 45.00
COSTO DIRECTO SIN IGV					S/ 784.90
IMPUESTOS (18% SUSBTOTAL) IGB					S/ 172.30
COSTO TOTAL					S/ 957.20

## XI. DOCUMENTO DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



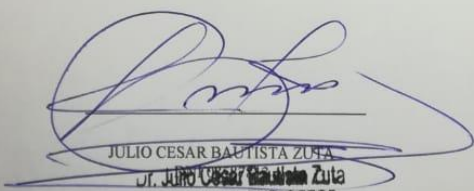
ACTA DE APROBACIÓN "PLAN DE TRABAJO" PARA VIGILANCIA,  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN LA IPRESS  
EMERGENCIAS EN CARDIOLOGÍA


ACTA N° 001-2020

En la ciudad de Chachapoyas, el 18 de julio del 2020, a horas 10:00 am. Se realizó una reunión vía plataforma Zoom, el propietario de la IPRESS Dr. JULIO CESAR BAUTISTA ZUTA, identificado con D.N.I 08587813, y la señorita MILAGRITOS DEL PILAR RAMIREZ BAUTISTA, identificada con D.N.I. 44596936, con el fin de acordar la apertura como también los métodos y medidas sanitarias a fin de poder brindar un servicio de calidad a los ciudadanos cumpliendo con todos los protocolos que estipula las normas competentes a las distintas fases de la reactivación de actividades.

Luego de un intercambio de opiniones y sugerencias, tanto para la elaboración, designación del personal responsable de la seguridad y salud en el trabajo, acuerdan aprobar por unanimidad el PLAN PARA LA VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL COVID-19 en la IPRESS EMERGENCIAS EN CARDIOLOGÍA. El mismo que cuenta con XI capítulos y 5 anexos y está elaborado de acuerdo a las necesidades de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Con fecha 18 de julio de 2020, siendo las 12:00 am., se cumplió la reunión expresando los participantes su conformidad, por lo que suscriben la presente acta.

  
JULIO CESAR BAUTISTA ZUTA  
Dr. Julio Cesar Bautista Zuta  
CMP: 26610 RNE: 13885  
CARDIOLOGO

  
MILAGRITOS DEL PILAR  
RAMIREZ BAUTISTA  
DNI 44596936



## ANEXO 1

<b>Ficha de sintomatología COVID-19 Para Regreso al Trabajo Declaración Jurada</b>													
He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.													
<b>Empresa o Entidad Pública:</b> Apellidos y nombres	<b>RUC:</b>												
Área de trabajo	DNI												
Dirección	Número (celular)												
En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:													
	<table border="1"><thead><tr><th>SI</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
1. Sensación de alza térmica o fiebre													
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar													
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa													
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19													
5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):													
Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.													
Fecha: / /	Firma												



## ANEXO 2

REGISTRO DE CONTROL DE TEMPERATURA							
DATOS DEL PERSONAL QUE REGISTRA LA INFORMACIÓN							
Apellidos y Nombres: _____		DNI: _____		Fecha: _____		Firma: _____	
N.°	Apellidos y Nombres	DNI	Empresa	Lugar de Medición	Hora de Medición	Resultado de Medición	Firma
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							


### ANEXO 3

#### EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PUESTOS DE TRABAJO CON RIESGO DE EXPOSICIÓN A COVID-19 SEGÚN NIVEL DE RIESGO

Nivel de riesgo de puesto de trabajo	Equipos de Protección Personal						
	Mascarilla quirúrgica	Respirador N95 quirúrgico	Careta facial	Gafas de protección	Guantes para protección biológica	Traje para protección biológica	Botas de protección biológica
Riesgo Muy Alto de Exposición		○	○	○	○	○	○
Riesgo Alto de Exposición		○		○	○	○	
Riesgo Mediano de exposición	○						
Riesgo Bajo de Exposición (de precaución)	○						

Obligatorio ○.

## ANEXO 4

	<b>PERU</b> Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	<b>FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19</b>
<b>I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN</b>			
1. Fecha notificación: ____/____/____			
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____			
3. EESS: _____			
4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado			
5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Sospechoso			
6. Detectado en punto de entrada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
Si la respuesta es si, fecha: ____/____/____ Lugar: _____			
<b>II. DATOS DEL PACIENTE</b>			
7. Apellidos y nombres: _____			
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____			
9. Edad: ____ <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día			
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
11. N° DNI: _____ N° Teléfono: _____			
<b>LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN</b>			
12. Lugar donde el caso fue diagnosticado			
País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____			
<b>INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE</b>			
13. Dirección de residencia actual:			
País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____			
<b>III. CUADRO CLÍNICO</b>			
14. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Asintomático <input type="checkbox"/> Desconocido			
15. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:			
16. Fecha de hospitalización: ____/____/____			
34. Nombre del Hospital: _____			
17. Aislamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Fecha de aislamiento: ____/____/____			
18. El paciente estuvo en ventilación mecánica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
19. Evolución del paciente: <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Desconocido			
20. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____			
21. Síntomas:			
<input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrío	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Dolor	Marque todos los que aplica:
<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Diarrea	( ) Muscular	( ) Pecho
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	( ) Abdominal	( ) Articulaciones
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Cefalea		
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión		
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____			
22. Signos:			
Temperatura: ____ °C			
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en Rx pulmonar	
<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea		
<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar, anormal		
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____			

<b>23. Condiciones de comorbilidad</b> <input type="checkbox"/> Embarazo (Trimestre: _____) <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		<input type="checkbox"/> Pos parto (< 6 semanas) <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH) <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Daño hepático <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica <input type="checkbox"/> Cáncer								
<b>IV. Información de viaje y exposición en los 14 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas (antes de informar si es asintomático)</b>										
<b>24. Ocupación</b> <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabaja con animales <input type="checkbox"/> Trabajador de salud en laboratorio <input type="checkbox"/> Trabajador de salud <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____										
<b>25. ¿Ha viajado el paciente 14 días antes de la fecha de inicio de síntomas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido										
<b>26. Si la respuesta es SI, especifique los lugares a los que el paciente viajó:</b> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">País</td> <td style="width: 50%;">Ciudad</td> </tr> <tr> <td>1 _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2 _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3 _____</td> <td>_____</td> </tr> </table>			País	Ciudad	1 _____	_____	2 _____	_____	3 _____	_____
País	Ciudad									
1 _____	_____									
2 _____	_____									
3 _____	_____									
<b>27. ¿Ha visitado algún establecimiento de salud en los 14 días previos al inicio de síntomas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido    Si la respuesta es SI, nombre del EESS _____										
<b>28. ¿Ha tenido El paciente contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si la respuesta es sí, marque según corresponda:</b> <input type="checkbox"/> Entorno de salud <input type="checkbox"/> Entorno familiar <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____										
<b>29. ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días previos al inicio de síntomas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido Si la respuesta es sí, liste los datos de los casos confirmados o probables: Caso 1: _____ Caso 2: _____ Caso 3: _____ Si la respuesta es sí, marque el entorno, según corresponda: <input type="checkbox"/> Entorno de salud <input type="checkbox"/> Entorno familiar <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____ Si la respuesta es sí, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____										
<b>30. ¿Ha visitado algún mercado donde se encuentre animales vivos en los 14 días previos al inicio de síntomas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido Si la respuesta es sí, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____										
<b>V. LABORATORIO (Para ser llenado por laboratorio)</b>										
<b>31. Fecha de toma de muestra:</b> ____/____/____										
<b>32. Tipo de muestra:</b> _____		<b>33. Tipo de prueba:</b> _____								
<b>34. ¿Se realizó secuenciamiento?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido										
<b>35. Fecha de resultado de laboratorio:</b> ____/____/____										
<b>VI. INVESTIGADOR</b>										
<b>54. Persona que llena la ficha:</b> _____										
<b>55. Firma y sello:</b>										

## ANEXO 5

### DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Apellidos y nombres del trabajador:			
Documento de Identidad:		Celular:	
Empresa:		Sede a la que ingresa:	

Es importante que responda las siguientes preguntas con toda exactitud, en caso de duda, exprese a su supervisor.

**1. Marque si es la primera vez que llenas el formulario o es una actualización:**

<b>Primera Vez</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Actualización:</b>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

**2. Presenta alguno de estos síntomas:**

Síntoma	Si	No	Síntoma	Si	No
Fiebre			Malestar general		
Tos			Dolor de cabeza		
Dolor de Garganta			Dolor muscular o articular		
Estornudos			Dolor abdominal, pecho		
Dificultad para respirar			Nauseas/vómitos/diarrea		
Congestión/secreción nasal			Otro (especifique): _____		

**3. ¿Tiene Ud. alguna de estas condiciones? Si tiene alguna enfermedad esta deberá ser comprobada, y en el cual Ud. deberá anexar su examen médico realizados.**

Síntoma	Si	No	Síntoma	Si	No
Gestación			Enfermedad renal crónica		
Enfermedad cardiovascular			Asma		
Enfermedad hepática			Enfermedades pulmonares		

Cáncer			Inmunodeficiencia		
Hipertensión arterial			Diabetes		
Cualquier otra condición o tratamiento relacionada a inmunosupresión.					
Tiene Ud. 60 años cumplidos o más al momento de ingresar a una sede.					

**4. Información de viajes y contactos:**

Pregunta	Si	No
¿Ha retornado del extranjero en los últimos 30 días?		
¿Ha tenido contacto con alguna persona que haya retornado del extranjero en los últimos 30 días?		
Si alguna de las respuestas previas es Si, detalle de qué país arribó y en cuales estuvo en los 30 días previos, así como las fechas de salida:		
¿Se tuvo que seguir cuarentena por disposición de las autoridades migratorias?		
¿Se han presentado síntomas en los últimos 14 días?		

**5. Información de contacto social, responda considerando los últimos 14 días:**

Pregunta	Si	No
¿Ha tenido que romper las normas de aislamiento social? Por ejemplo, ha tenido que realizar algún trabajo, obra social u otra gestión <u>diferente</u> a los temas domésticos permitidos, como hacer compras de manera breve y controlada.		
¿En alguna salida se han roto las normas de distanciamiento social? Es decir, estar a menos de 1 metro de personas extrañas por varios minutos o hablar frente a frente a corta distancia.		
¿Has tenido contacto con personas que hayan tenido síntomas como los descritos en la sección 2?		
¿Has tenido contacto con personas que han solicitado o han realizado la prueba para descarte de coronavirus, o tengan la sospecha de infección?		
¿Algún familiar / amigo / persona que conozcas ha sido diagnosticado con el Covid-19?		
Si la respuesta anterior es Si: ¿Has tenido contacto con él? ¿Hace cuantos días? _____		

## 6. Comentarios Adicionales:

¿Cómo está el ánimo en el hogar por la cuarentena?

Estado de salud de los integrantes de la familia que convive en el hogar.

¿Cómo se ha percibido el cumplimiento de la cuarentena en el barrio y en el propio hogar?

¿Cómo han sido las rutinas para salir del hogar a hacer compras y otras actividades? Comente cualquier respuesta positiva de la sección 5.

## 7. COMPROMISOS

*Me comprometo a controlar mi **temperatura corporal** el día previo al día de viaje y antes de salir de mi domicilio al punto de embarque.*

*En caso resulte mayor a **37.5** avisaré inmediatamente a mi supervisor.*



**DECLARO QUE LA INFORMACIÓN BRINDADA EN ESTE DOCUMENTO ES VERDADERA Y ACEPTO QUE SEA UTILIZADA PARA LOS FINES PERTINENTES, EN EL ENTENDIMIENTO QUE ES PARA CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN FRENTE A LAS EMERGENCIA SANITARIA NACIONAL.**

**ME COMPROMETO A REPORTAR A MI SUPERVISOR Y LLENAR OTRA DECLARACION JURADA EN CASO CAMBIE ALGUNAS DE LA CONDICIONES DECLARADAS, EN ESPECIAL:**

- A. APARICIÓN DE LOS SINTOMAS DESCRITOS EN LA SECCIÓN 2.
- B. VIAJES AL EXTRANJERO.
- C. CONTACTO CON PERSONAS QUE RETORNAN DE VIAJE DEL EXTRANJERO.
- D. CONTACTO CON PERSONAS CON SINTOMAS.

---

FIRMA DEL TRABAJADOR

Fecha de la declaración: