

ANEXO 1. INSTRUCTIVO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA FERIAS Y EVENTOS		
El presente documento tiene como propósito orientar el contenido de un protocolo de bioseguridad aplicable a un stand o espacio físico dentro de la feria artesanal y empresarial de Duitama 2021.		
Información de la empresa		
Nombre de la empresa:	Stand	
Feria/evento:		
1. Higienización de manos		
Seleccione las opciones para lavado y desinfección de manos que realiza para la totalidad de empleados dentro del stand/espacio físico.		
Frecuencia		
<input type="checkbox"/> Al ingresar al recinto	<input type="checkbox"/> Antes y después de consumir alimentos	<input type="checkbox"/> Cada 3 horas durante la jornada laboral
<input type="checkbox"/> Antes y después de ir al baño	<input type="checkbox"/> Todos los anteriores	<input type="checkbox"/> Otro _____
Utilizará los puntos de lavado de manos dispuestos por Corferias		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nota: No diligenciar productos y procedimiento si su respuesta anterior es SI		<input type="checkbox"/>
Productos		
<input type="checkbox"/> Jabón líquido para manos	<input type="checkbox"/> Gel antibacterial	<input type="checkbox"/> Toallas de papel
<input type="checkbox"/> Todos los anteriores	<input type="checkbox"/> Otro	
Procedimiento		
Si el lavado de manos se realiza dentro del stand/espacio físico, es necesario imprimir y publicar el instructivo de lavado de manos. El sugerido es el de la Organización Mundial de Salud (Adjunto a esta guía) o el que la empresa determine.		
Recuerde:		
1. Asegurese que los productos comprados para su stand/espacio físico, tengan en su empaque la información de manejo en caso de accidente (fichas técnicas físicas o electrónicas).		
2. El uso exclusivo de gel antibacterial no garantiza un adecuada desinfección de manos, es necesario el lavado de manos con agua y jabón.		
3. Utilice los productos en su empaque original.		
2. Elementos de protección personal		
Seleccione los elementos de protección personal aplicables al personal de su stand/espacio físico. Recuerde que es importante tenerlos identificados de manera individual para cada cargo o persona		
Nota: Recuerde que el personal que cumpla funciones de atención a clientes debe utilizar tapabocas, protección de ojos y disponer de alcohol glicerinado mínimo al 60%		
Número de personas del stand/espacio físico:		
<input type="checkbox"/> Tapabocas	<input type="checkbox"/> Careta	<input type="checkbox"/> Monogafas
<input type="checkbox"/> Tyvek/Traje completo	<input type="checkbox"/> Guantes	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
Todos los empleados utilizan los mismos EPP		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso que su repuesta sea NO describa los EPP que usará		<input type="checkbox"/>
3. Distanciamiento físico - Aforo		
Seleccione los elementos que utilizará dentro del stand/espacio físico para garantizar el distanciamiento físico y aforo permitido (Publicado en el stand/espacio físico), este incluye trabajadores, visitantes, clientes, etc.		
<input type="checkbox"/> Coleros-fileros	<input type="checkbox"/> Vitrinas	<input type="checkbox"/> Equipo logístico
<input type="checkbox"/> Plantas	<input type="checkbox"/> Señalización	<input type="checkbox"/> Mesas
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Manejo de residuos		
Cuenta con canecas en material sanitario, con tapa y bolsa para el almacenamiento de residuos generados en su stand, (Orgánicos: caneca y bolsa verde, Ordinarios: caneca y bolsa gris y cuando sea aplicable Peligrosos/biosanitarios: Caneca y bolsa roja. Residuos con riesgo de contaminación: tapabocas, guantes, toallas de papel y EPP Caneca y doble bolsa negra. Seleccione cual(es) manejará al interior de su stand/espacio físico y recuerde que debe contar mínimo con una caneca.		
<input type="checkbox"/> Caneca y bolsa verde	<input type="checkbox"/> Caneca y bolsa gris	<input type="checkbox"/> Caneca y bolsa Roja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Caneca y doble bolsa negra

5. Protocolo de limpieza y desinfección	
Seleccione las opciones implementadas al interior del stand	
Responsable (s) de aplicar y supervisar el procedimiento	
<input type="checkbox"/> Cargo que aplica: _____	<input type="checkbox"/> Cargo que supervisa: _____
Procedimiento	
<input type="checkbox"/> Barrer	<input type="checkbox"/> Aspirar
<input type="checkbox"/> Limpiar	<input type="checkbox"/> Trapear
<input type="checkbox"/> Recoger	<input type="checkbox"/> Enjuagar
<input type="checkbox"/> Secar	<input type="checkbox"/> Desinfectar
<input type="checkbox"/> Todos los anteriores	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	
Insumos	
<input type="checkbox"/> Jabón _____	<input type="checkbox"/> Amonio cuaternario
<input type="checkbox"/> Alcohol antiséptico al 60%	<input type="checkbox"/> Hipoclorito de sodio
<input type="checkbox"/> Limpiavidrios	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
Diluciones (En caso de utilizar Jabón, amonio cuaternario o hipoclorito, se debe diluir de acuerdo a recomendaciones del fabricante)	
<input type="checkbox"/> Amonio cuaternario : <input type="checkbox"/> Número de tapas/litros de agua	<input type="checkbox"/> Hipoclorito de sodio: <input type="checkbox"/> Número de tapas/litros de agua
<input type="checkbox"/> Jabón _____	<input type="checkbox"/> Número de tapas/litros de agua
Frecuencia (Mínimo cada 3 horas)	
<input type="checkbox"/> Cada hora	<input type="checkbox"/> Cada 2 horas
<input type="checkbox"/> Cada 3 horas	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	
Identifique las superficies y áreas de mayor contacto	
<input type="checkbox"/> Manijas	<input type="checkbox"/> Paneles
<input type="checkbox"/> Vitrina	<input type="checkbox"/> Mesas
<input type="checkbox"/> Esferos	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otros _____	
Almacenamiento de sustancias químicas o insumos, seleccione la opción que utilizará <u>dentro</u> del stand/espacio físico	
<input type="checkbox"/> Contenedor plástico con tapa separada del piso y señalizada	Lugar separado, ordenado y limpio de otros elementos
<input type="checkbox"/> Bodega exclusiva	<input type="checkbox"/> Otro _____
<p>Recuerde:</p> <p>1. Para los desinfectantes (Amonio cuaternario/ hipoclorito de sodio, alcohol antiséptico u otros) contar con las fichas técnicas (físicas o electrónicas).</p> <p>2. Asegúrese que los productos para limpieza comprados para su stand/espacio físico, tengan en su empaque la información de manejo en caso de accidente (fichas técnicas físicas o electrónicas).</p>	
Implementos	
<input type="checkbox"/> Escoba	<input type="checkbox"/> Trapero
<input type="checkbox"/> Recogedor	<input type="checkbox"/> Atomizadores rotulados
<input type="checkbox"/> Bayetilla	<input type="checkbox"/> Mopa
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	
Elementos de protección personal para la limpieza y desinfección	
<input type="checkbox"/> Tapabocas _____	<input type="checkbox"/> Careta
<input type="checkbox"/> Monogafas	<input type="checkbox"/> Tyvek/traje
<input type="checkbox"/> Guantes	<input type="checkbox"/> Calzado antideslizante
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<p>Recuerde registrar en la planilla de limpieza y desinfección cada vez que ejecute la actividad (adjunta en este archivo)</p>	
6. Generalidades	
Verificación del estado de salud de los empleados en el stand/espacio físico	
Este se aplica de manera diaria a todos los empleados del stand/ espacio físico y se registra en el formato de verificación del estado de salud (Adjunta a esta guía)	
Elementos personales: seleccione el lugar separado para el almacenamiento de estos.	
<input type="checkbox"/> Contenedor plástico con tapa separado del piso y señalado	<input type="checkbox"/> Lugar separado, ordenado y limpio de otros elementos
<input type="checkbox"/> Bodega exclusiva	<input type="checkbox"/> Otro _____
Limpieza y desinfección de mercancía, elementos/materiales de montaje, equipos, herramientas, etc.	
Declaro y/o certifico que la mercancía, elementos de trabajo, equipos, herramientas, materiales, entre otros que se encuentran dentro del stand/espacio físico, durante montaje, feria y desmontaje, han tenido un proceso de limpieza y desinfección antes de ingresar al recinto.	
<input type="checkbox"/> SI	Observaciones: _____
DECLARACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO	
Como responsable del stand/espacio físico, declaro que la información contenida en el presente documento, corresponde a lo implementado.	
Nombre del responsable: _____	Firma del responsable: _____
Documento de identidad del responsable: _____	

ANEXO 3. Verificación de estado de salud diaria de los trabajadores de la feria artesanal y empresarial de Duitama 2021

Información de la empresa				
Nombre de la empresa:			NIT/RUT:	
Área/Pabellón	Piso	Stand	Fecha	Hora

Información de los empleados														
Documento de identificación	Nombres y apellidos completos	Número de celular	Seleccione con X si presenta síntomas							Respuesta SI o NO			Firma del empleado	
			Febre	Dolor de garganta	Tos	Perdida del gusto y/o	Congestión	Dificultad para	Dolor de cabeza	Decaimiento	Dificultad para	Ninguno de los		Vive con alguien a quien le practicaron la prueba del covid-19 en los últimos 14 días

1. Si presenta síntomas abstengase de asistir al recinto
 2. Si presenta fiebre, registre los grados de temperatura.

ANEXO 4. ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD DE TRABAJADORES FERIA ARTESANAL Y EMPRESARIAL DE DUITAMA

Favor diligenciar esta información lo más veraz posible INCLUYA PATOLOGIAS DESDE LA NIÑEZ HASTA LAS ACTUALES. Esta encuesta tiene como finalidad promover Hábitos de Vida y Trabajo saludables, así como buscar factores de riesgo que puedan afectar la salud durante el desempeño de trabajos críticos.

Esta información será manejada confidencialmente en beneficio de su salud para realizar las campañas de promoción y prevención.

No deje espacios en blanco, en caso de opciones múltiples, señale la que considere es su caso.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

DATOS PERSONALES														
NOMBRES Y APELLIDOS				ARL:				EPS:		ESTADO CIVIL:				
IDENTIFICACION		Tipo de documento		CC	CE	TI	N°	TIPO DE SANGRE:						
SEXO		F	M	EDAD (Años cumplidos)		ESTATURA (Metros)		PESO (Kilo)		N° HIJOS:				
PROFESION				TURNO DE TRABAJO			ESTUDIOS:		P	B	TC	TG	UN	PG
TIPO DE VIVIENDA			ESTRATO SOCIECONOMICO			INGRESO SALARIAL		AREA DE TRABAJO						
CARGO DESEMPEÑADO				RAZA			ANTIGÜEDAD EN OFICIO ACTUAL			AÑOS		MESES		
COLOQUE UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA SELECCIONADA														
I. SISTEMA RESPIRATORIO				SI	NO	V. SISTEMA VISUAL				SI	NO			
1	Asma o alergia respiratoria, medicamentos o alimentos					23	Presenta alguna alteración visual como astigmatismo, miopía o hipermetropía, Usa gafas o lentes							
2	Se le va la voz con frecuencia					24	Presenta ambliopía (perdida de agudeza visual)							
3	Bronquitis, neumonía, bronconeumonía					25	Presenta Daltonismo (Dificultad para discriminar colores)							
4	Gripas frecuentes, tos crónica o tuberculosis o contacto familiar de tuberculosis					26	Glaucoma, conjuntivitis, orzuelos, cataratas, alergias							
5	Episodios de dificultad para respirar					VI. FOBIAS				SI	NO			
6	Tiene el tabique desviado					27	Miedo o temor a las alturas							
II. SISTEMA CARDIOVASCULAR				SI	NO	28	Miedo o mareo cuando ve sangre, agujas, etc.							
7	Dolor en el pecho, soplos en el corazón,					29	Miedo o temor a espacios cerrados							
8	Dificultad para respirar o se agita cuando camina					30	Miedo o temor exagerado a algunos animales							
9	Palpitaciones o alteraciones en el ritmo del corazón (arritmia)					VII. ACTUALMENTE ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS ¿PARA ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS?				SI	NO			
10	Presión arterial alta o baja					31	Problemas para respirar o pulmonares							
11	Fiebre Reumática					32	Problemas del corazón (arritmias, insuficiencia)							
12	Hemorroides, Varicocele o episodios de flebitis					33	Presión arterial alta							
III. SISTEMA NERVIOSO				SI	NO	34	Diabetes o azúcar alta							
13	Desmayo o pérdida del conocimiento					35	Ataques de Epilepsia o apoplejía o convulsiones							
14	Epilepsia, convulsiones					VIII. SISTEMA ENDOCRINO - HEMATOLOGICO				SI	NO			
15	Trauma craneoencefálico con pérdida del conocimiento					36	Diabetes o azúcar alta, intolerancia a los carbohidratos							
16	Insomnio, trastornos del sueño, intolerancia a turnos nocturnos					37	Hipoglicemia o azúcar baja							
17	Trastornos nerviosos (depresión, esquizofrenia) personales o familiares					38	Trastornos de la tiroides (hipotiroidismo o hipertiroidismo)							
18	Dolor de cabeza frecuente o migraña					39	Alteraciones de coagulación (hemofilia, Hipercoagulabilidad) o usa medicamentos para la coagulación como la aspirina.							
IV. SISTEMA AUDITIVO				SI	NO	IX. SISTEMA GASTROINTESTINAL				SI	NO			
19	Dificultad para escuchar o audiometrías alteradas					40	Intolerancia a algún alimento o dieta especial							
20	Otitis, supuración por los oídos, pitos en los oídos					41	Gastritis, ulcera							
21	Ha trabajado en lugares ruidosos, escucha música a alto volumen, usa audifonos o tiene moto					42	Colitis, diarrea, estreñimiento, colon irritable							
22	Mareo o vértigo					43	Hepatitis, problemas de vesícula biliar							
OBSERVACIONES (Ampliar si considera necesario los datos que señalo positivos):														

ANEXO 4. ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD DE TRABAJADORES FERIA ARTESANAL Y EMPRESARIAL DE DUITAMA

COLOQUE UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA SELECCIONADA

X. SISTEMA OSTEOMUSCULAR		SI	NO	XI. OTROS		SI	NO
44	Calambres, hormigueo en manos, dolor en las manos, muñecas o codos			56	Cálculos Renales		
45	Calambres, dolor en el cuello (torticolis), limitación o chasquido al movimiento			57	Infecciones urinarias, cistitis, uretritis		
46	Cirugía de alguna articulación o extremidad			58	Enfermedades de transmisión sexual		
47	Lesión en espalda o lumbago			59	Hongos en las uñas		
48	Debilidad en brazos, manos, piernas o pies			60	Fuma aún así se de forma esporádica		
49	Esguinces, fracturas, luxaciones por cualquier tipo ()			61	Consume bebidas alcohólicas aun de forma esporádica		
50	Dificultad para agacharse doblando las rodillas, ponerse en cuclillas o subir y bajar escaleras			62	Consume sustancias psicoactivas aun esporádico		
51	Dolor o rigidez de la columna al inclinarse al movimiento ()			63	Alergia a medicamentos		
52	Limitación para manipulación de cargas mayores a 25 Kg ()			64	Incapacidades prolongadas (mayor a 15 días)		
53	Reumatismo, artritis, gota, artrosis			65	Practica actividad física más de 3 veces por semana		
54	Dificultad para estar mucho tiempo de pie o sentado			66	Cirugías		
55	Dolor en rodillas, hombros						

OBSERVACIONES (Ampliar si considera necesario los datos que señalo positivos):

INCAPACIDADES

SI NO TIEMPO DE INCAPACIDAD:

MOTIVO: _____

RESTRICCIONES: PERMANENTE **TEMPORALES** **CAUSA:** _____

ESPECIFIQUE RESTRICCIONES: _____

HA PRESENTADO ACCIDENTES DE TRABAJO **SI** **NO**

EMPRESA	TIPO DE ACCIDENTE	FECHA	SECUELAS- DIAS DE INCAPACIDAD

Certifico que la información anterior es cierta y completa, igualmente autorizo para verificar la información en otras fuentes, al uso de la información para el desarrollo de los programas médicos de acuerdo a los riesgos

FIRMA	FECHA	
--------------	--------------	--

