




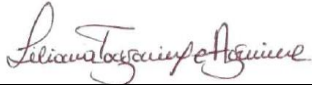

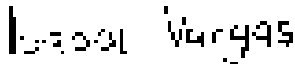
	SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		Código:
			Versión:
	ACTA DE REUNION COPASST		Fecha:
			Página:

1. DATOS GENERALES			
<u>FECHA</u>	14 de Mayo 2020	<u>SITIO</u>	Sede: COA
<u>HORA</u>	3:00 pm	<u>ACTA N°</u>	01


CONVOCA: Liliana Tangarife Aguirre

2. PARTICIPANTES			
ASISTENTE	CARGO	N° DOCUMENTO	FIRMA
Denis Astrid Zapata	Bacteriólogo Coordinador sede	43.113.416	
Liliana María Sánchez	Bacterióloga Coordinadora Central de Muestras	43.725.541	
Santiago Garzón Restrepo	Aux Administrativo Infraestructura	1.007253.487	
María Teresa Valencia Rave	Coordinadora de Sedes	32.542.306	

FALTANTES			
NOMBRE	CARGO	N° DOCUMENTO	OBSERVACIÓN
Melissa Torres Upegui	Líder Infraestructura	1.036.635.589	Vacaciones
Gloria Patricia Parra	Bacteriólogo De Procesos	43.205.163	Turno Nocturno
Cruz Elena Gómez	Bacterióloga Servicio al Cliente	21.659.277	Vacaciones

INVITADOS			
ASISTENTE	CARGO	N° DOCUMENTO	FIRMA
Mayra Camila Morales Gutiérrez	Asesora - AXA COLPATRIA	1.128.437.663	
Liliana Tangarife Aguirre	Analista SST	1.152.195.024	
Elizabeth Lasprilla Yanten	Líder Nacional SST	66.954.005	
Isabel Cristina Vargas Gómez	Bacterióloga	1.036.400.924	

3. ORDEN DEL DIA
1. Verificación del Quorum
2. Lectura del Oficio Mintrabajo del 04 de Mayo del 2020
3. Reforzar las funciones y responsabilidades de COPASST en el SG-SST
4. Socialización de la Lista de Chequeo a aplicar para la elaboración del Informe Semanal
5. Observaciones y Varios

	SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión:
	ACTA DE REUNION COPASST	Fecha:
		Página:

4. DESARROLLO Y COMENTARIOS

1. Verificación del Quorum

Se verifica Quorum, cumpliendo con la mitad más uno de los integrantes principales del COPASST y se da inicio a la respectiva reunión.

2. Lectura del Oficio Mintrabajo del 04 de Mayo del 2020

Se realiza la lectura de la Carta-Oficio del Ministerio del Trabajo donde estipula como asunto el Seguimiento del COPASST o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo a medidas de prevención y contención de contagio con el coronavirus COVID-19 en el sector salud donde se les requiere para que semanalmente se reúna este comité y los vigías de las diferentes sedes y realicen el control, seguimiento y evaluación de las medidas diseñadas por la empresa para la implementación y cumplimiento del Protocolo General de Bioseguridad para el Manejo del COVID-19.

3. Reforzar las funciones y responsabilidades de COPASST en el SG-SST

Se recuerda al COPASST las funciones y responsabilidades como veedores y vigilantes del cumplimiento de la gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y por ello la importancia del acatamiento del Oficio en mención, el cual solicita que en el informe se registre las acciones de mejora, indicando el responsable y fecha en que se deba dar cumplimiento, tanto de acciones preventivas como de acciones correctivas, que permitan resolver la situación encontrada en el menor tiempo.

4. Socialización de la Lista de Chequeo a aplicar para la elaboración del Informe Semanal

Se socializa la Lista de Chequeo así como el Modelo-Plantilla del Informe Semanal el cual contiene los requisitos planteados en el oficio y que deberá ser diligenciado por cualquier miembro del COPASST o Vigía de SST.

5. Observaciones y Varios

- ✚ Se determinó realizar las Reuniones Semanales los días Jueves en la jornada de la tarde con el fin de consolidar la información semanal para ajustes necesarios y observaciones respectivas de los miembros del COPASST para el posterior envío del Informe y sus anexos al día siguiente - *Viernes* - según lo orientado por el Ministerio del Trabajo.

<u>PRÓXIMA REUNIÓN:</u>	Jueves 21 de Mayo del 2020 a las 2:30 pm
<u>HORA DE CIERRE DE LA REUNIÓN:</u>	Se cierra la sesión a las 4:00 pm.

Santiago de Cali, mayo 6 de 2020

SYNLAB COLOMBIA S.A.S
Sra. Elizabeth Laspilla Yanten
Coordinadora de Seguridad y Salud en el Trabajo
SYNLAB Colombia

REF: Apoyo en suministro EPP prevención Covid-19

Cordial saludo Elizabeth,

De acuerdo con su valiosa solicitud de información, este es el pedido en proceso para suministro de EPP para el mes de mayo el cual será de frecuencia mensual sujeto a cambios según necesidades:

EMPRESA	AFILIACION	Tipo de EPP o actividad	CANTIDAD
SYNLAB COLOMBIA	238779	Respirador N95	600
SYNLAB COLOMBIA	238779	Mascarilla quirúrgica	550
SYNLAB COLOMBIA	238779	Guantes no estériles	300
SYNLAB COLOMBIA	238779	Bata manga larga antifuído	267
SYNLAB COLOMBIA	238779	Visor, careta o monogafas	220

Cordialmente,



Andres Mejia Orozco
Líder de Prevención y Servicio
Zona Sur



RECIBO A SATISFACCIÓN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN ARL AXA COLPATRIA

Apreciado Empleador,

Recuerde que los aportes al Sistema General de Riesgos Laborales tienen el carácter de dineros públicos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 83 del Decreto 1295 de 1994. Debido a esto usted es responsable de verificar la adecuada destinación de los recursos y la efectiva realización de las actividades, programas, campañas y acciones de educación y prevención programados por la Administradora de Riesgo Laborales en su Empresa. Tenga en cuenta que las Administradoras de Riesgos Laborales no pueden desplazar el recurso humano ni financiar las actividades que por ley le corresponden al empleador.

Antes de diligenciar este documento por favor tener en cuenta lo siguiente para evitar la no aceptación del mismo:

- Este formato debe ser diligenciado en su totalidad por la empresa beneficiaria y/o usuaria de recibir el servicio.
- Este soporte se considera un requisito ineludible para que el proveedor le sea posible facturar.
- El diligenciamiento, sello y la firma de este soporte implica aceptación y satisfacción de la actividad o servicio.
- Debe ser legible, diligenciado manualmente en su totalidad por el responsable del SGSST de la empresa/cliente.
- No debe presentar enmendaduras, tachones, ni presentar inconsistencias en el contenido de la información.

ORDEN DE SERVICIO: 234

FECHA Y HORA INICIO DE LA ACTIVIDAD: 08/05/2020 FECHA Y HORA FIN DE LA ACTIVIDAD 08/05/2020

CIUDAD Y LUGAR: (donde se desarrolló la actividad) Envigado – S.I LISOMA

NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA: SYNLAB COLOMBIA

NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA: (si aplica) _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR: S.I LISOMA

NIT PROVEEDOR: 900.596.987 - 6

PROFESIONAL - EXPOSITOR: _____

N° CC-PROFESIONAL: _____

N° LICENCIA-PROFESIONAL _____

Con el fin de detallar el servicio prestado por favor diligenciar los siguientes campos de la actividad:

(Detallar brevemente la actividad que realizo en la empresa especificando el tipo de servicio)

Actividad Realizada (Detallar)	Entrega de EPP
Número de Asistentes (si aplica)	

Es interés de ARL AXA COLPATRIA, conocer su opinión para reforzar los aspectos positivos de la actividad e identificar las oportunidades de mejora. Por lo tanto, por favor solicitamos evaluar en general el servicio recibido por el proveedor, por favor tener en cuenta aspectos como: puntualidad, dominio del tema, manejo del grupo, cumplimiento de objetivos, recursos utilizados, entrega oportuna del informe técnico, atención de personal y otros aspectos que crea importantes para tal evaluación.

A continuación, encontrará la escala de evaluación:

Excelente Bueno Regular Deficiente

Tiempo y/o unidades efectivas de la actividad: (Por favor especificar la cantidad dependiendo de la actividad realizada y la orden de servicio asignada)

Horas _____ Unidades 600

Conforme No Conforme

OBSERVACIONES: _____

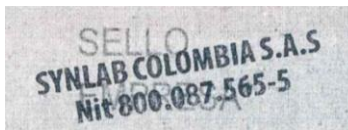
FIRMA: Liliana Tangarife Aguirre (Gerente /Jefe/ Líder responsable del Sistema de Gestión de SST de la empresa/cliente)

NOMBRE: Liliana Tangarife Aguirre

C.C.: 1.152.195.024

CARGO: Analista de SST

TELONO: 3155939176



*Si la empresa maneja sello, no se acepta sellos de "recibido para estudio"; si la empresa no cuenta con sello, por favor diligenciar en el espacio destinado para tal fin "No contamos con sello" y el formato deberá aparecer con el diligenciamiento y la firma sin excepción de la persona responsable del SG-SST de la empresa/cliente.



RECIBO A SATISFACCIÓN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN ARL AXA COLPATRIA

Apreciado Empleador,

Recuerde que los aportes al Sistema General de Riesgos Laborales tienen el carácter de dineros públicos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 83 del Decreto 1295 de 1994. Debido a esto usted es responsable de verificar la adecuada destinación de los recursos y la efectiva realización de las actividades, programas, campañas y acciones de educación y prevención programados por la Administradora de Riesgo Laborales en su Empresa. Tenga en cuenta que las Administradoras de Riesgos Laborales no pueden desplazar el recurso humano ni financiar las actividades que por ley le corresponden al empleador.

Antes de diligenciar este documento por favor tener en cuenta lo siguiente para evitar la no aceptación del mismo:

- Este formato debe ser diligenciado en su totalidad por la empresa beneficiaria y/o usuaria de recibir el servicio.
- Este soporte se considera un requisito ineludible para que el proveedor le sea posible facturar.
- El diligenciamiento, sello y la firma de este soporte implica aceptación y satisfacción de la actividad o servicio.
- Debe ser legible, diligenciado manualmente en su totalidad por el responsable del SGSST de la empresa/cliente.
- No debe presentar enmendaduras, tachones, ni presentar inconsistencias en el contenido de la información.

ORDEN DE SERVICIO:

FECHA Y HORA INICIO DE LA ACTIVIDAD: 30 Abril 2020 / 3PM

FECHA Y HORA FIN DE LA ACTIVIDAD: 30 Abril 2020 / 4PM

CIUDAD Y LUGAR: (donde se desarrolló la actividad)

Medellin - Antioquia

NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA:

Synlab Colombia

NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA: (si aplica)

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

Endocol

NIT PROVEEDOR:

75099380

PROFESIONAL - EXPOSITOR:

N° CC-PROFESIONAL:

N° LICENCIA-PROFESIONAL

Con el fin de detallar el servicio prestado por favor diligenciar los siguientes campos de la actividad:

(Detallar brevemente la actividad que realizo en la empresa especificando el tipo de servicio)

Actividad Realizada (Detallar)	Entrega de EPP	Se hace entrega a la entidad de
		200 und Corchetes o visores (Estender)
Número de Asistentes (si aplica)		

Es interés de ARL AXA COLPATRIA, conocer su opinión para reforzar los aspectos positivos de la actividad e identificar las oportunidades de mejora. Por lo tanto, por favor solicitamos evaluar en general el servicio recibido por el proveedor, por favor tener en cuenta aspectos como: puntualidad, dominio del tema, manejo del grupo, cumplimiento de objetivos, recursos utilizados, entrega oportuna del informe técnico, atención de personal y otros aspectos que crea importantes para tal evaluación.

A continuación, encontrará la escala de evaluación:

- Excelente Bueno Regular Deficiente

Tiempo y/o unidades efectivas de la actividad: (Por favor especificar la cantidad dependiendo de la actividad realizada y la orden de servicio asignada)

- Horas Unidades
 Conforme No Conforme

OBSERVACIONES:

FIRMA:

Liliana Tangahife Aguirre

(Gerente /Jefe/ Líder responsable del Sistema de Gestión de SST de la empresa/cliente)

NOMBRE:

Liliana Tangahife Aguirre

C.C.:

1.152.195.024.

CARGO:

Analista de SST.

TELFONO:

5166740 ext 1403

SELLO
SYNLAB COLOMBIA S.A.S
Nit 800.087.565-5

*Si la empresa maneja sello, no se acepta sellos de "recibido para estudio"; si la empresa no cuenta con sello, por favor diligenciar en el espacio destinado para tal fin "No contamos con sello" y el formato deberá aparecer con el diligenciamiento y la firma sin excepción de la persona responsable del SG-SST de la empresa/cliente.



RECIBO A SATISFACCIÓN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN ARL AXA COLPATRIA

Apreciado Empleador,

Recuerde que los aportes al Sistema General de Riesgos Laborales tienen el carácter de dineros públicos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 83 del Decreto 1295 de 1994. Debido a esto usted es responsable de verificar la adecuada destinación de los recursos y la efectiva realización de las actividades, programas, campañas y acciones de educación y prevención programados por la Administradora de Riesgo Laborales en su Empresa. Tenga en cuenta que las Administradoras de Riesgos Laborales no pueden desplazar el recurso humano ni financiar las actividades que por ley le corresponden al empleador.

Antes de diligenciar este documento por favor tener en cuenta lo siguiente para evitar la no aceptación del mismo:

- Este formato debe ser diligenciado en su totalidad por la empresa beneficiaria y/o usuaria de recibir el servicio.
- Este soporte se considera un requisito ineludible para que el proveedor le sea posible facturar.
- El diligenciamiento, sello y la firma de este soporte implica aceptación y satisfacción de la actividad o servicio.
- Debe ser legible, diligenciado manualmente en su totalidad por el responsable del SGSST de la empresa/cliente.
- No debe presentar enmendaduras, tachones, ni presentar inconsistencias en el contenido de la información.

ORDEN DE SERVICIO: 1463

FECHA Y HORA INICIO DE LA ACTIVIDAD: 17 DE ABRIL 2020 FECHA Y HORA FIN DE LA ACTIVIDAD 17 DE ABRIL 2020

CIUDAD Y LUGAR: (donde se desarrolló la actividad) MEDELLÍN SYNLAB COLOMBIA SAS

NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA: SYNLAB COLOMBIA SAS

NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA: (si aplica) NA

NOMBRE DEL PROVEEDOR: TOTAL GROUP COLOMBIA SAS

NIT PROVEEDOR: 900927980

PROFESIONAL - EXPOSITOR: JIMMY ARCOS BRAVO

N° CC-PROFESIONAL: 87.249.350

N° LICENCIA-PROFESIONAL N° 1893 DE 2016

Con el fin de detallar el servicio prestado por favor diligenciar los siguientes campos de la actividad:
(Detallar brevemente la actividad que realizo en la empresa especificando el tipo de servicio)

Actividad Realizada (Detallar)	LOG PREV EPP COVID 19 - BATA ANTIFLUIDO	
Número de Asistentes (si aplica)	NA	

Es interés de ARL AXA COLPATRIA, conocer su opinión para reforzar los aspectos positivos de la actividad e identificar las oportunidades de mejora. Por lo tanto, por favor solicitamos evaluar en general el servicio recibido por el proveedor, por favor tener en cuenta aspectos como: puntualidad, dominio del tema, manejo del grupo, cumplimiento de objetivos, recursos utilizados, entrega oportuna del informe técnico, atención de personal y otros aspectos que crea importantes para tal evaluación.

A continuación, encontrará la escala de evaluación:

Excelente Bueno Regular Deficiente

Tiempo y/o unidades efectivas de la actividad: (Por favor especificar la cantidad dependiendo de la actividad realizada y la orden de servicio asignada)

Horas _____ Unidades 50

Conforme No Conforme

OBSERVACIONES:

FIRMA:

Liliana Tangarife Aguirre

(Gerente /Jefe/ Líder responsable del Sistema de Gestión de SST de la empresa/cliente)

NOMBRE:

LILIANA TANGARIFE AGUIRRE

C.C.:

1.152.195.024

CARGO:

ANALISTA DE SST

TELONO:

3155939176

Liliana Tangarife Aguirre
SELLO
EMPRESA

*Si la empresa maneja sello, no se acepta sellos de "recibido para estudio"; si la empresa no cuenta con sello, por favor diligenciar en el espacio destinado para tal fin "No contamos con sello" y el formato deberá aparecer con el diligenciamiento y la firma sin excepción de la persona responsable del SG-SST de la empresa/cliente.



RECIBO A SATISFACCIÓN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN ARL AXA COLPATRIA

Apreciado Empleador,

Recuerde que los aportes al Sistema General de Riesgos Laborales tienen el carácter de dineros públicos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 83 del Decreto 1295 de 1994. Debido a esto usted es responsable de verificar la adecuada destinación de los recursos y la efectiva realización de las actividades, programas, campañas y acciones de educación y prevención programados por la Administradora de Riesgo Laborales en su Empresa. Tenga en cuenta que las Administradoras de Riesgos Laborales no pueden desplazar el recurso humano ni financiar las actividades que por ley le corresponden al empleador.

Antes de diligenciar este documento por favor tener en cuenta lo siguiente para evitar la no aceptación del mismo:

- Este formato debe ser diligenciado en su totalidad por la empresa beneficiaria y/o usuaria de recibir el servicio.
- Este soporte se considera un requisito ineludible para que el proveedor le sea posible facturar.
- El diligenciamiento, sello y la firma de este soporte implica aceptación y satisfacción de la actividad o servicio.
- Debe ser legible, diligenciado manualmente en su totalidad por el responsable del SGSST de la empresa/cliente.
- No debe presentar enmendaduras, tachones, ni presentar inconsistencias en el contenido de la información.

ORDEN DE SERVICIO: 1468

FECHA Y HORA INICIO DE LA ACTIVIDAD: 17 DE ABRIL 2020 FECHA Y HORA FIN DE LA ACTIVIDAD 17 DE ABRIL 2020

CIUDAD Y LUGAR: (donde se desarrolló la actividad) MEDELLÍN SYNLAB COLOMBIA SAS

NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA: SYNLAB COLOMBIA SAS

NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA: (si aplica) NA

NOMBRE DEL PROVEEDOR: TOTAL GROUP COLOMBIA SAS

NIT PROVEEDOR: 900927980

PROFESIONAL - EXPOSITOR: JIMMY ARCOS BRAVO

N° CC-PROFESIONAL: 87.249.350

N° LICENCIA-PROFESIONAL N° 1893 DE 2016

Con el fin de detallar el servicio prestado por favor diligenciar los siguientes campos de la actividad:
(Detallar brevemente la actividad que realizo en la empresa especificando el tipo de servicio)

Actividad Realizada (Detallar)	LOG PREV EPP COVID 19 - TAPABOCAS DESECHABLES	
Número de Asistentes (si aplica)	NA	

Es interés de ARL AXA COLPATRIA, conocer su opinión para reforzar los aspectos positivos de la actividad e identificar las oportunidades de mejora. Por lo tanto, por favor solicitamos evaluar en general el servicio recibido por el proveedor, por favor tener en cuenta aspectos como: puntualidad, dominio del tema, manejo del grupo, cumplimiento de objetivos, recursos utilizados, entrega oportuna del informe técnico, atención de personal y otros aspectos que crea importantes para tal evaluación.

A continuación, encontrará la escala de evaluación:

Excelente Bueno Regular Deficiente

Tiempo y/o unidades efectivas de la actividad: (Por favor especificar la cantidad dependiendo de la actividad realizada y la orden de servicio asignada)

Horas _____ Unidades 250

Conforme No Conforme

OBSERVACIONES:

FIRMA: (Gerente /Jefe/ Líder responsable del Sistema de Gestión de SST de la empresa/cliente)

NOMBRE: LILIANA TANGARIFE AGUIRRE

C.C.: 1.152.195.024

CARGO: ANALISTA DE SST

TELONO: 3155939176

SELLO

EMPRESA

*Si la empresa maneja sello, no se acepta sellos de "recibido para estudio"; si la empresa no cuenta con sello, por favor diligenciar en el espacio destinado para tal fin "No contamos con sello" y el formato deberá aparecer con el diligenciamiento y la firma sin excepción de la persona responsable del SG-SST de la empresa/cliente.

N°	EMPRESA	REGIONAL	CEDULA	APELLIDOS Y NOMBRES	CLASIFICACIÓN	UNIDAD DE NEGOCIO	AREA	SEDE	CARGO	NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO	OVEROL	BATAS DESECHABLES	GORROS DESECHABLES	MASCARILLA QUIRURGICA	RESPIRADO N95	GAFAS DE SEGURIDAD	CARETA FACIAL	POLAINAS
1	SYNLAB	NOROCCIDENTE	43322623	VELEZ GIL CLAUDIA PATRICIA	INDIRECTO	LABORATORIO CLINICO	AREAS DE SOPORTE	COA	AUX SERVICIOS GRALES	AGUILAR ARENAS LUISA FERNANDA	N/A	N/A	N/A	X	X	X	X	N/A
2	SYNLAB	NOROCCIDENTE	1017221368	ATEHORTIJA MARILANDA KAREN	INDIRECTO	LABORATORIO CLINICO	PROCESO	COA	BACTERIOLOGO DE PROCESO	JOHANNA ROMERO	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	X	N/A
3	SYNLAB	NOROCCIDENTE	1017203036	LOPEZ VALLEJO YICEL ESNAIDER	INDIRECTO	LABORATORIO CLINICO	PROCESO	COA	BACTERIOLOGO TOMA DE MUESTRAS	JOHANNA ROMERO	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	X	N/A
4	SYNLAB	NOROCCIDENTE	1036400924	VARGAS GOMEZ ISABEL CRISTINA	INDIRECTO	LABORATORIO CLINICO	PROCESO	COA	BACTERIOLOGO DE PROCESOS	JOHANNA ROMERO	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	X	N/A

N°	EMPRESA	REGIONAL	CEDULA	APELLIDOS Y NOMBRES	CLASIFICACIÓN	UNIDAD DE NEGOCIO	AREA	SEDE	CARGO	NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO	OVEROL	BATAS DESECHABLES	GORROS DESECHABLES	MASCARILLA QUIRURGICA	RESPIRADO N95	GAFAS DE SEGURIDAD	CARETA FACIAL	POLAINAS
1	SYNLAB	NOROCCIDENTE	43322623	VELEZ GIL CLAUDIA PATRICIA	INDIRECTO	LABORATORIO CLINICO	AREAS DE SOPORTE	COA	AUX SERVICIOS GRALES	AGUILAR ARENAS LUISA FERNANDA	N/A	N/A	N/A	X	X	X	X	N/A
2	SYNLAB	NOROCCIDENTE	1017221368	ATEHORTIJA MARILANDA KAREN	INDIRECTO	LABORATORIO CLINICO	PROCESO	COA	BACTERIOLOGO DE PROCESO	JOHANNA ROMERO	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	X	N/A
3	SYNLAB	NOROCCIDENTE	1017203036	LOPEZ VALLEJO YICEL ESNAIDER	INDIRECTO	LABORATORIO CLINICO	PROCESO	COA	BACTERIOLOGO TOMA DE MUESTRAS	JOHANNA ROMERO	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	X	N/A
4	SYNLAB	NOROCCIDENTE	1036400924	VARGAS GOMEZ ISABEL CRISTINA	INDIRECTO	LABORATORIO CLINICO	PROCESO	COA	BACTERIOLOGO DE PROCESOS	JOHANNA ROMERO	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	X	N/A