




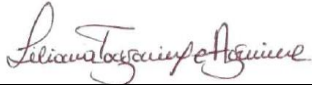

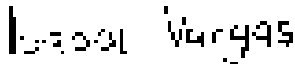
	SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		Código:
			Versión:
	ACTA DE REUNION COPASST		Fecha:
			Página:

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: _____

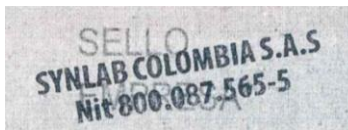
FIRMA: Liliana Tangarife Aguirre (Gerente /Jefe/ Líder responsable del Sistema de Gestión de SST de la empresa/cliente)

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: 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

TELFONO: 3155939176

SELO
EMPRESA
Liliana Tangarife Aguirre

*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 DESCARTABLES	GORROS DESCARTABLES	MASCARILLA QUIRURGICA	RESPIRADO Nº95	GAFAS DE SEGURIDAD	CARETA FACIAL	POLAINAS
1	SYNLAB	NOROCCIDENTE	43322623	VELEZ GIL CLAUDIA PATRICIA	INDIRECTO	LABORATORIO CLINICO	AREAS DE SOPORTE	COA	ALIX SERVICIOS GRALES	AGUILAR ARENAS LUISA FERNANDA	N/A	N/A	N/A	X	X	X	X	N/A
2	SYNLAB	NOROCCIDENTE	1017221368	ATEHORTUA MARULANDA 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



INFORME SEMANAL COPASST AL MINTRABAJO
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTENCIÓN DE CONTAGIO
CORONAVIRUS - COVID 19 EN EL SECTOR SALUD

FECHA	DIA	MES	AÑO	NOMBRE COMPLETO DE QUIEN ELABORA EL INFORME	CEDULA	FIRMA
	14	5	2020			

NUMERO TOTAL DE EMPLEADOS	4
EXPUESTOS DIRECTOS	0
EXPUESTOS INDIRECTOS	4
EXPUESTOS INTERMEDIOS	0

ÍTEM	TÉRMINOS GENERALES	CALIFICACIÓN
1	Califique de 1 a 100 la disponibilidad, entrega y uso correcto de los elementos de protección personal EPP y el acatamiento de las demás medidas del protocolo de bioseguridad	100%
2	Califique de 1 a 100 el porcentaje de cumplimiento estimado de las medidas de bioseguridad necesarias para proteger a los trabajadores del contagio del virus	80%

ÍTEM	PREGUNTAS	RESPUESTA SI Ó NO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES EVIDENCIA
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? Evidencia: Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	X	100%	
2	¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social? Evidencia: Órdenes de compra, fichas técnicas de los EPP adquiridos	X	100%	
3	¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo? Evidencia: Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y nivel de exposición al riesgo.	X	100%	
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente? Evidencia a entregar: Base de trabajadores con registro de entrega de los EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega.	X	100%	
5	¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido? Evidencia: Base de trabajadores con registro de frecuencia y entrega de los EPP a cada trabajador.	X	100%	
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? Evidencia: Cantidad de EPP en inventario y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir	X	100%	
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? Evidencia: Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	X	100%	

ÍTEM	LISTA DE CHEQUEO - MEDIDAS PREVENTIVAS - PROTOCOLOS DE SEGURIDAD	RESPUESTA SI Ó NO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES EVIDENCIA
1	Se cuenta con suficientes dispensadores de Gel Antibacterial en las áreas de tomas y procesamiento de muestras, salas de espera y áreas de mayor frecuencia?	X	0%	Ver Acción de Mejora #2
2	En los baños y lavamanos se cuenta con suficientes insumos de aseo (Jabón de manos y toallas desechables) para la adecuada higienización de manos?	X	0%	Ver Acción de Mejora #2
3	Se cuenta con el instructivo de la adecuada higienización de manos?	X	100%	
4	El personal realiza la higiene de manos de acuerdo con el paso a paso del instructivo?	X	100%	
5	El personal realiza la higiene de manos mínimo cada tres horas?	X	100%	
6	Se cuenta con insumos necesarios para hacer limpieza y desinfección de manera frecuente (Kit de Desinfección)?	X	100%	
7	Se está realizando la limpieza y desinfección a los puestos de trabajo de manera frecuente?	X	100%	
8	¿Se cuenta con comunicaciones donde se divulgue de manera continua la información pertinente sobre las distintas medidas de prevención del COVID a todos los actores?	X	100%	
9	Se cuenta con un especialista (Médico) quien es responsable de valorar los colaboradores que lleguen a presentar síntomas respiratorios? El personal conoce cual es el mecanismo para informar cualquier novedad de salud?	X	100%	
10	Se han implementado medidas para ayudar al distanciamiento social y la disminución de la exposición de la población trabajadora en las instalaciones?	X	100%	
11	Se recomienda de forma permanente mantener el distanciamiento físico en los ambientes de trabajo y áreas comunes?	X	100%	
12	Se cuenta con los recipientes adecuados para el destino final de los elementos de protección personal utilizados?	X	100%	
13	El personal hace uso del tapabocas en las áreas donde es requerido por estar cerca de otro personal a menos de un metro de distancia?	X	100%	
14	Se encuentra delimitado o debidamente distribuida el área de atención de usuarios donde se garantice una distancia mínima de dos metros entre las personas?	X	0%	Ver Acción de Mejora #1
15	¿Se ha clasificado la exposición ocupacional del personal a Covid19 (directo,Indirecto,Intermedio) ?	X	100%	
16	¿Se capacita a los trabajadores y frente al COVID-19 y las medidas de prevención correspondientes?	X	100%	
17	¿Se restringe la prestación de servicios a los trabajadores que presenten fiebre o síntomas respiratorios hasta tanto no se descarte infección por COVID 19 o se resuelva su situación de salud?	X	100%	
18	La empresa cuenta con apoyo requerido de la ARL para lo relacionado a suministro de EPP y asesorías al respecto?	X	100%	

ÍTEM	ACCIONES DE MEJORA POR INCUMPLIMIENTO	ACCIÓN PREVENTIVA O CORRECTIVA	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1	Delimitar las zonas para el distanciamiento social en la recepción para la atención de pacientes.	Acción Correctiva	Seguridad y Salud en el Trabajo	20/05/2020
2	Cambiar algunos de los dispensadores de papel, jabón y gel antibacterial en la sede que estan vacios para garantizar el lavado de manos de los pacientes y auxiliares de toma de muestras y asi evitar contaminación cruzada.	Acción Correctiva	Suministros	20/05/2020
3	Crear el Link para hacer el montaje del presente Informe	Acción Correctiva	Mercadeo y Sistemas	22/05/2020
4				
5				

OBSERVACIONES SG-SST O ENCARGADO DE SST

MIEMBROS DEL COPASST		ADMINISTRADORA DE RIESGOS	
REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR SANTIAGO GARZÓN RESTREPO 	REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR MARIA TERESA VALENCIA RAVE 	AFILIACIÓN ARL AXA COLPATRIA	
REPRESENTANTE DE LOS TRABAJADORES DENIS ASTRID ZAPATA 	REPRESENTANTE DE LOS TRABAJADORES LILIANA MARIA SANCHEZ 	ASESORA DE LA ARL MAYRA CAMILA MORALES GUTIERREZ 	