

Nº	EMPRESA	CEDULA	APELLIDOS Y NOMBRES	CLASIFICACIÓN	AREA	SEDE	CARGO	NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO	OVEROL	BATAS DESECHABLES	GORROS DESECHABLES	MASCARILLA QUIRURGICA	RESPIRADOR N95	GAFAS DE SEGURIDAD	CARETA FACIAL	SOLANAS	GUANTES
1	SYNLAB	43322623	VELEZ GIL CLAUDIA PATRICIA	INDIRECTO	AREAS DE SOPORTE	COA	AUX SERVICIOS GRALES	AGUILAR ARENAS LUISA FERNANDA	N/A	N/A	N/A	X	X	X	X	N/A	X
2	SYNLAB	1017213568	ATEHORTUA MARILINDA KAREN	INDIRECTO	PROCESO	COA	BACTERIOLOGO DE PROCESO	JOHANNA ROMERO	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	X	N/A	X
3	SYNLAB	1017203036	LOPEZ VALLEJO YICEL ESNAIDER	INDIRECTO	PROCESO	COA	BACTERIOLOGO TOMA DE MUESTRAS	JOHANNA ROMERO	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	X	N/A	X
4	SYNLAB	1036400924	VARGAS GOMEZ ISABEL CRISTINA	INDIRECTO	PROCESO	COA	BACTERIOLOGO DE PROCESOS	JOHANNA ROMERO	N/A	N/A	N/A	X	N/A	X	X	N/A	X

FECHA	DIA	MES	AÑO	NOMBRE COMPLETO DE QUIEN ELABORA EL INFORME	CEDULA	FIRMA
						28

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	83%

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 Accion de Mejora #2
2	En los baños y lavamanos se cuenta con suficientes insumos de aseo (<i>Jabón de manos y toallas desechables</i>) para la adecuada higienización de manos?	X	0%	Ver Accion 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 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 (<i>Kit de Desinfección</i>)?	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 (<i>Médico</i>) 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 Accion 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	SEGUIMIENTO ACCIONES DE MEJORAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1	Delimitar las zonas para el distanciamiento social en la recepción para la atención de pacientes	ACCIÓN CORRECTIVA: Solicitar el envío de la cinta y los carteles para marcar las sillas y el suelo.	Se envía por parte de SST los correos solicitando al área correspondiente el apoyo para la elaboración de señalización respectiva, con los logos corporativos y la información pertinente (Ver Evidencias Anexas).	Seguridad y Salud en el Trabajo	5/06/2020
2	Cambiar algunos de los dispensadores de papel, jabón y antibacterial en la sede que están vacíos para garantizar el lavado de manos de los pacientes y auxiliares de toma de muestras y así evitar contaminación cruzada.	ACCIÓN CORRECTIVA: Solicitar por parte de Seguridad y Salud en el Trabajo el suministro e instalación de los dispensadores al área de compras e infraestructura.	Se envía por parte de SST los correos solicitando al área respectiva el apoyo para la colocación de los dispensadores correspondientes.	Suministros y Seguridad y Salud en el Trabajo	5/06/2020
3	Crear el Link para el montaje del Informe	ACCIÓN CORRECTIVA: Verificar con el área de Mercadeo en que proceso va la creación del Link	Se anexa correo con la información respecto al montaje del informe en la página WEB de la empresa. Se anexa evidencia del correo con el compromiso respectivo.	Mercadeo y Sistemas	5/06/2020
4					


OBSERVACIONES SG-SST O ENCARGADO DE SST

Se anexa en casilla de Seguimiento información de la gestión realizada

MIEMBROS DEL COPASST

REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

MARIA TERESA VALENCIA RAVE



REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

SANTIAGO GARZÓN RESTREPO NOMBRE



REPRESENTANTE DE LOS TRABAJADORES

DENIS ASTRID ZAPATA



REPRESENTANTE DE LOS TRABAJADORES

NOMBRE

FIRMA

ADMINISTRADORA DE RIESGOS


AFILIACIÓN

ARL AXA COLPATRIA

ASESORA DE LA ARL


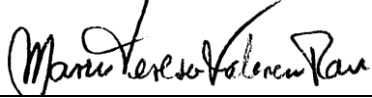

MAYRA CAMILA MORALES GUTIERREZ




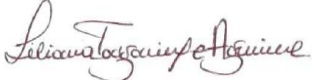

	SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		Código:
			Versión:
	ACTA DE REUNION COPASST INFORME SEMANAL MINTRABAJO		Fecha:
			Página:

1. DATOS GENERALES			
FECHA	28 de Mayo 2020	SITIO	SEDE: COA
HORA	2:00 pm	ACTA N°	03


CONVOCA: Liliana Tangarife Aguirre

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

FALTANTES			
NOMBRE	CARGO	N° DOCUMENTO	OBSERVACIÓN
Gloria Patricia Parra	Bacteriólogo De Procesos	43.205.163	Turno Corrido
Cruz Elena Gómez	Bacterióloga Servicio al Cliente	21.659.277	Vacaciones
Liliana María Sánchez	Bacterióloga Coordinadora Central de Muestras	43.725.541	Reunión Laboral

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	
Karen Atehortúa Marulanda	Bacterióloga	1.017.221.368	

3. ORDEN DEL DIA
1. Verificación del Quorum
2. Lectura del Informe Anterior 21 de Mayo 2020
3. Socialización del Informe a presentar al Ministerio la Presente Semana
4. Observaciones y Varios

	SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión:
	ACTA DE REUNION COPASST INFORME SEMANAL MINTRABAJO	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 Informe Anterior 21 de Mayo 2020

En la reunión, además de los miembros del comité asistentes, nos continúan acompañan las colaboradoras de la Sede Synlab COA, quienes hacen parte del encuentro para informar más, sobre las condiciones que tiene la sede, así como las necesidades que se están presentando actualmente por la emergencia sanitaria.

3. Socialización del Informe a presentar al Ministerio la Presente Semana

Se hace la socialización del Informe de la presente semana junto con la Lista de Chequeo respectiva, esta fue socializada por Denis Zapata como miembro del COPASST. Los resultados de dicho informe son los mismos respecto a porcentajes de cumplimiento y se evidencian avances en las Acciones de Mejora establecidas en el mismo. (**Ver Informe Adjunto**)

4. Observaciones y Varios

- a) Las colaboradoras de la sede manifiestan la necesidad y la importancia de la agilidad en el trámite para gestión la señalización respectiva a las recomendaciones del distanciamiento social, debido a que diariamente pueden atender aproximadamente 45 pacientes en el día en un lapso de 10 horas, pero que hay un alto flujo en las primeras horas de la mañana y que puede llegar por tandas de 6 a 10 pacientes y no cuentan con suficiente espacio para la espera de estos con el distanciamiento social sugerido de 2 metros entre personas.
- b) En la reunión sale como sugerencia ajustar el modelo del informe enviado hasta ahora al Mintrabajo, colocando una casilla adicional en el tema de Acciones de Mejora donde se plasme el seguimiento al cumplimiento de las mismas.

<u>PRÓXIMA REUNIÓN:</u>	Jueves 4 de Junio del 2020 a las 3:00 pm
<u>HORA DE CIERRE DE LA REUNIÓN:</u>	Se cierra la sesión a las 3:00 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: _____

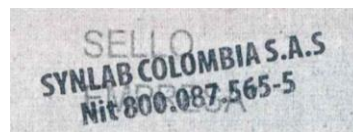
FIRMA: Liliana Tangarife Aguirre (Gerente /Jefe/ Líder responsable del Sistema de Gestión de SST de la empresa/cliente)

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

TELONO: 3155939176

SELLO
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.



Medellín, Mayo 13 de 2020

PARA: SYNLAB COA

DE: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Asunto: Entrega Elementos de Protección Personal

Cordial saludo,

A continuación, se hace relación de entrega de los Elementos de Protección para que sea entregado a **Su personal** como parte de la dotación para proteger la integridad de nuestros colaboradores:

✓ 5 –Caretas de Seguridad

En caso de pérdida o deterioro de estos, favor comunicarlo a Seguridad y Salud en el trabajo. **(Estás serán repuestas únicamente si la pérdida o deterioro fuese en un tiempo Superior o igual a un año).**

Cabe recordar que es una obligación de todo empleado de acuerdo con los Artículos 52 y 54 del Reglamento interno de trabajo; Reglamento de higiene y seguridad; el Decreto Ley 1295 de 1994; Resolución 614 de 1984; Artículo 85 de la Ley 9ª de 1979, EL Decreto 1072 de 2015 y en su Contrato Laboral de trabajo que trae implícita la obligación de cuidado y seguridad.

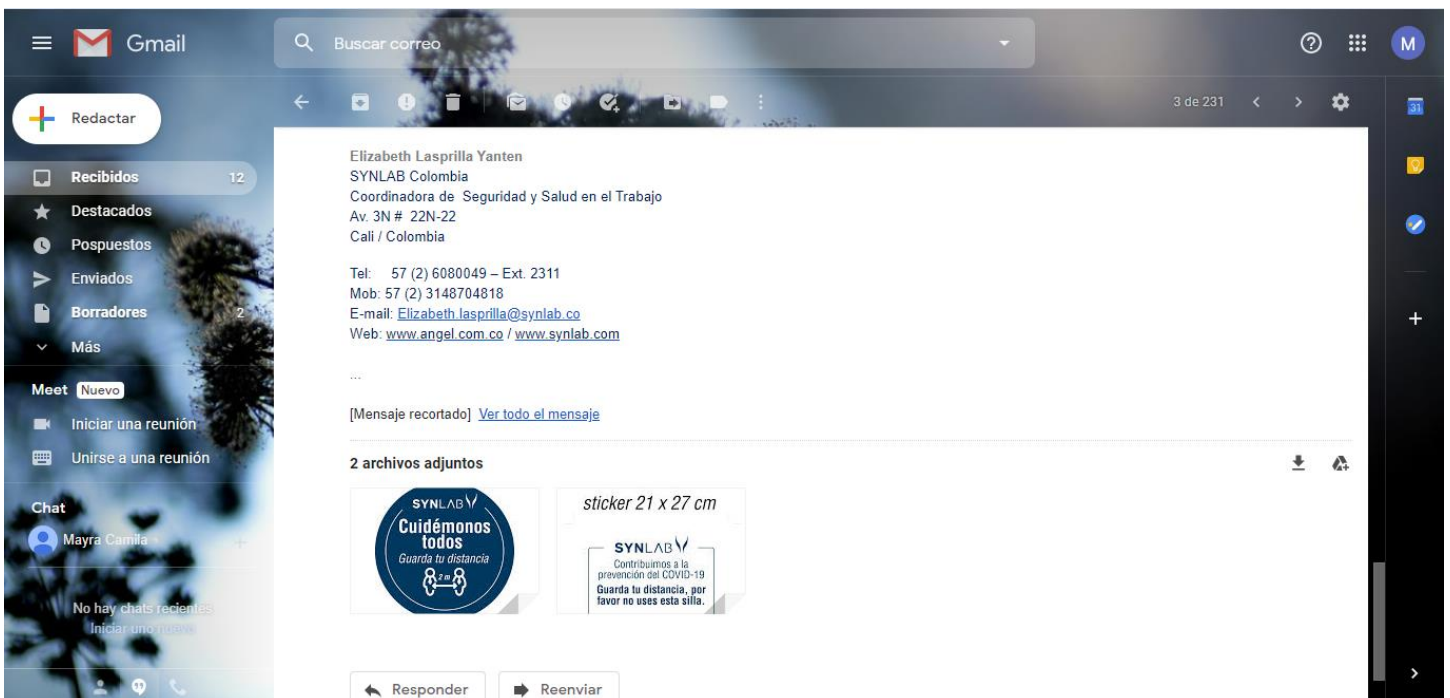
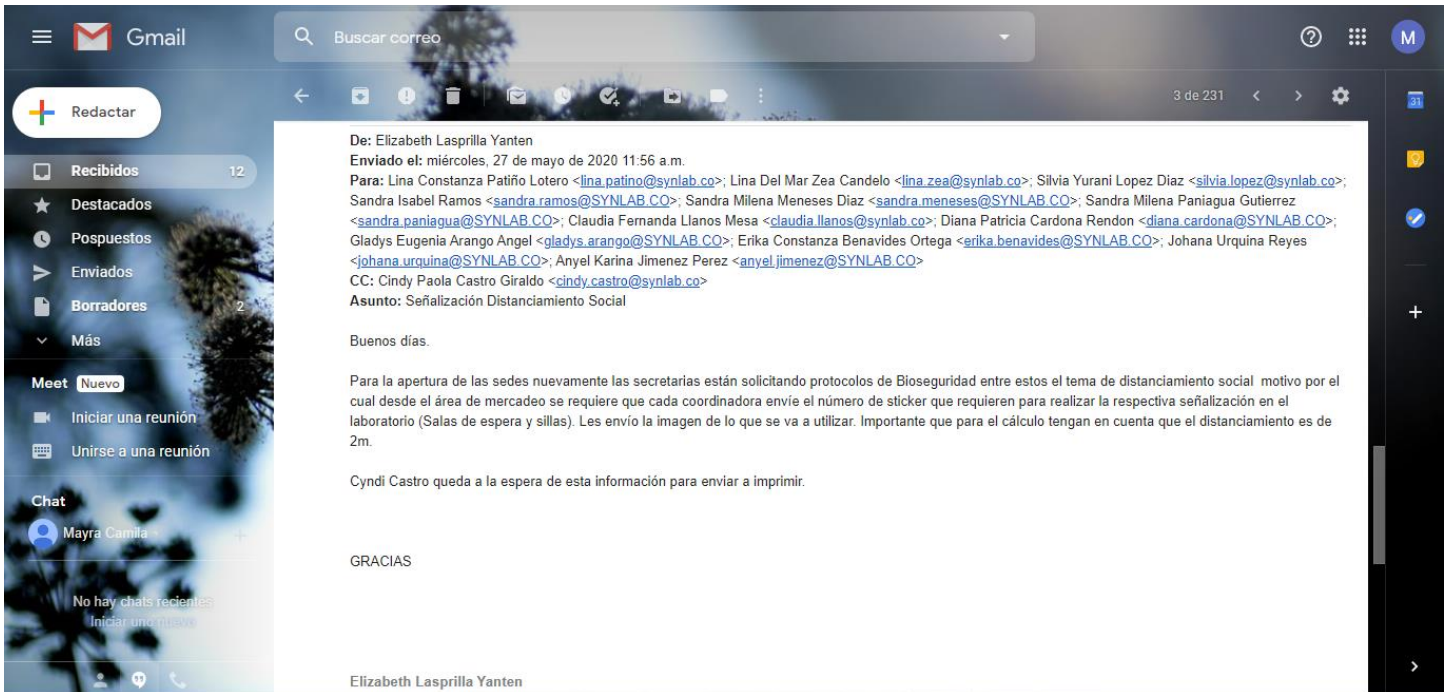
Cordialmente,

LILIANA TANGARIFE AGUIRRE
Seguridad y Salud en el trabajo
SYNLAB S.A.S

SYNLAB COLOMBIA S.A.S
Nit 800.087.565-5

*Financiar recibido y
descontar.*

Evidencia - Seguimiento Acción de Mejora #1



Evidencia - Seguimiento Acción de Mejora #2

De: Deisy Liliana Tangarife Aguirre
Enviado el: jueves, 28 de mayo de 2020 12:46 p. m.
Para: Omar Trujillo <omar.trujillo@synlab.co>; Maricel Castillo Alvarez <maricel.castillo@synlab.co>; Christian Romero Pineda <Cristhian.Romero@synlab.co>; Marilyn Gutierrez Perez <marilyn.gutierrez@synlab.co>
CC: Luisa Fernanda Aguilar <luisa.aguilar@SYNLAB.CO>; Elizabeth Lasprilla Yanten <Elizabeth.Lasprilla@synlab.co>; Maria Teresa Valencia Rave <maria.valencia@synlab.co>
Asunto: ACCIONES DE MEJORA POR INCUMPLIMIENTO.
Importancia: Alta

Buenas Tardes

Según el seguimiento que esta realizando el COPASST y los líderes de las diferentes sedes de BOTERO SANIN y SYNLAB COA, nos informan que hay algunas necesidades, las cuales debemos intervenir para darle cumplimiento a los protocolos de Bioseguridad establecidos y garantizar las buenas condiciones tanto para el personal como para los pacientes, por lo anterior me informan de la sede de COA que los dispensadores existentes son de la marca FAMILIA, y se les esta enviando insumo de Jabón y Gel glicerinado marca WEST, misma situación se presenta en las sedes de BOTERO donde se desinstalaron los dispensadores de marca FAMILIA pero no se han reemplazado por otros y se están enviando insumos marca WEST, por lo que solicitamos al área de suministros nos apoyen u orienten que es mas factible comprar los insumos para las sedes (Jabón y Gel) marca FAMILIA o hacer la compra y el cambio de los dispensadores marca WEST.

Además los informes que se envían al Ministerio nos piden las ordenes de compra de los EPP y la proyección o cantidad semanal, quincenal o mensual que envían a estas sedes como evidencia de entrega, para que por favor nos envíen también esta información.

Muchas Gracias por la atención prestada.

Cordialmente!!

Liliana Tangarife Aguirre
Analista de Seguridad y Salud en el Trabajo
SYNLAB Regional Noroccidente

Evidencia - Seguimiento Acción de Mejora #3

De: Elizabeth Lasprilla Yanten <elizabeth.lasprilla@synlab.co>
Enviado el: viernes, 22 de mayo de 2020 6:48 p. m.
Para: Deisy Liliana Tangarife Aguirre <deisy.tangarife@synlab.co>; Yamile del Carmen Escorcía Domínguez <yamile.escorcia@synlab.co>
CC: Lina Marcela Pimentel Marín <Lina.Pimentel@synlab.co>; Jasbleidy Albarracín Pirachican <jasbleidy.albarracin@synlab.co>
Asunto: INFORME MINISTERIO

Buenas tardes.

Liliana y Yamile. Los informes del Ministerio por favor cuando los envíen se los copian a cindy.castro@synlab.co para que ella los tenga presente y subirlos a la pagina WEB. Ella esta tratando de dejar por empresa e informe un solo PDF porque son muchos archivos. La información de FALAB ya esta en la pagina WEB. La información de BOTERO y COA me dice que el miércoles quedarían todos subidos.

GRACIAS

Elizabeth Lasprilla Yanten
SYNLAB Colombia
Coordinadora de Seguridad y Salud en el Trabajo
Av. 3N # 22N-22
Cali / Colombia

Tel: 57 (2) 6080049 – Ext. 2311
Mob: 57 (2) 3148704818
E-mail: Elizabeth.lasprilla@synlab.co

MÁSCARA PROTECTORA Antiviral

Protege contra BACTERIAS, VIRUS y GÉRMENES

Ficha Técnica Careta Protectora

MATERIALES:

CARETA: PET/TRANSPARENT/TECALIBRE 20
DIADEMA: PET/TRANSPARENT/TECALIBRE 25
BISQUE: TORNILLO PLÁSTICO POLIPROPILENO NATURAL

Características De los Materiales:

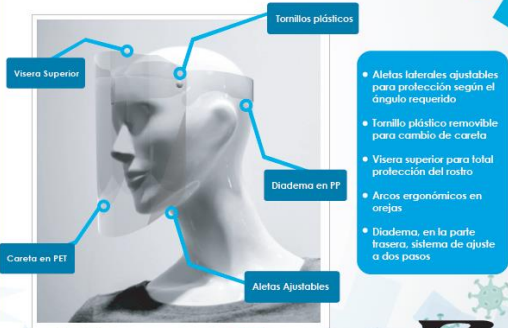
PET (Resaltado de polietileno)
Presenta como características más relevantes:
 • Alta resistencia al desgaste y corrosión.
 • Muy buen coeficiente de deslizamiento y transparencia.
 • Buena resistencia química y térmica.
 • Muy buena barrera a CO₂, aceptable barrera a O₂ y humedad.
 • Compatible con otros materiales barrera que mejoran en su conjunto la calidad barrera.
 • Reciclable.
 • Aprobado para su uso en productos que deban estar en contacto con productos alimentarios.

Las propiedades físicas del PET y su capacidad para cumplir diversas especificaciones técnicas han sido las razones por las que el material haya sido escogido un desarrollo relevante en la producción de una gran diversidad de elementos.

TORNILLO PLÁSTICO

Pin removible inyectado elaborado en polipropileno, con fuerza de sujeción insertada a presión.
El polipropileno permite que esta pieza pueda ser lavada y desinfectada.

Este producto está fabricado bajo normas BPM (Buenas Prácticas de Manufactura).



- Aletas laterales ajustables para protección según el ángulo requerido
- Tornillo plástico removible para cambio de careta
- Visera superior para total protección del rostro
- Arcos ergonómicos en orejas
- Diadema, en la parte trasera, sistema de ajuste a dos pasos



SOSEGA® Safety Solutions

INFORMACIÓN TÉCNICA

MODELO

Mascarilla N95 Vapores Orgánicos SOSEGA
Con Válvula
Ref: 130730



APLICACIONES

El usuario debe evaluar el nivel de protección necesaria para cada labor. Las Mascarillas SOSEGA N95 Vapores Orgánicos con Válvula deben usarse en lugares donde el usuario este expuesto a riesgos tales como material particulado como polvo, partículas de cemento, sílice, cal, arena, humos, neblinas y aerosoles libres de aceites. Algunas de las aplicaciones más comunes son:

- Trabajos con niveles molestos de vapores orgánicos
- Sarmido y lijado
- Trabajos con madera
- Trabajos de Pintura libres de aceites
- Trabajos de trituración y pulverización
- Agricultura, Laboratorios y Soldadura

CARACTERÍSTICAS

Las Mascarillas SOSEGA N95 Vapores Orgánicos con Válvula son ideales para la protección de las personas contra riesgos respiratorios como polvos, partículas de cemento, sílice, cal, arena, neblina, humo y aerosoles libres de aceite. Cuentan con una efectividad de filtro contra material particulado del 95% (N95), bandas elásticas resistentes, espuma suave y banda metálica para mayor comodidad y mejor sellado en la nariz.

ESTÁNDARES Y REGULACIONES

La Mascarilla SOSEGA N95 Vapores Orgánicos con Válvula cuenta con certificación NIOSH TC-8AA-6954.



ADVERTENCIAS

1. El usuario debe leer las instrucciones de ajuste y limitaciones de uso antes de utilizar.
2. Este respirador no protege contra el riesgo de contraer la enfermedad o infección.
3. Antes de utilizar, el usuario debe estar capacitado en el uso adecuado, incluyendo las pruebas de ajuste, de conformidad con las normas de seguridad y salud aplicables para la contaminación y el nivel de exposición en el área de trabajo de acuerdo con las directrices de la OSHA, 29 CFR 1910.134.

INSTRUCCIONES DE AJUSTE



Paso 1

Sostenga el respirador en la mano con la pieza nasal en las yemas de los dedos, permitiendo que las bandas para la cabeza cuelguen libremente debajo de su mano.

Paso 2

Presione el respirador firmemente contra la cara con la pieza nasal en el puente de su nariz.

Paso 3

Estire y coloque la banda superior en la parte posterior de la cabeza. Estire la banda inferior sobre los hombros y ubíquela debajo de los omóplatos.

Paso 4

Usando las dos manos, ajuste la pieza nasal a la forma de su nariz.

Paso 5

Debe verificarse que el respirador ajuste bien antes de cada uso. Lique ambas manos completamente por encima del respirador y exhale. Si hay fuga de aire alrededor de la nariz o los bordes, ajuste la pieza nasal y/o bandas para la cabeza hasta que se logre un buen ajuste.

MÁSCARA PROTECTORA Antiviral

Presentación y Modo de Uso

- Careta transparente Pet calibre 20, diadema en PP transparente.
- 2 tornillos plásticos.
- Empaquetado en bolsa plástica.

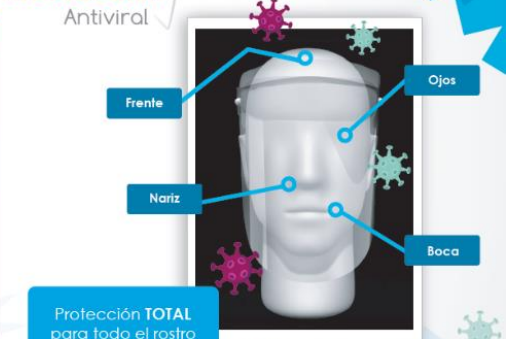
MODO DE USO:
Inicie y cierre en la bolsa plástica, ubique la careta apoyando su diadema en el anillo superior trasero de la careta.
IMPORTANTE: "por el poco peso total de la careta y su facilidad ergonómica, esta careta está diseñada para ser prolongada". Una vez terminado su uso utilice un desinfectante a base de alcohol, rocíe suavemente la careta, y con un trapo limpio ligeramente húmedo del desinfectante limpie la careta, la diadema en PP y los tornillos, posteriormente guarde la careta en la bolsa plástica.

ATENCIÓN: NUNCA utilice herramientas abrasivas o tropes fuertemente secos y duros para limpiar la careta, ya que estos rayan y deterioran.

Si lo desea con una pinza (para de un desinfectador) puede retirar los tornillos que sujetan los tornillos, desarmar completamente la careta para una limpieza más profunda, y posteriormente armar nuevamente teniendo en cuenta la forma de la careta.

"La correcta aplicación de estas indicaciones prolongan la vida útil del producto".

PRODUCTO PARA USO GENERAL EN CUALQUIER ACTIVIDAD DIARIA, EMPRESARIAL, COMERCIAL Y DOMÉSTICA.



Protección TOTAL para todo el rostro



FICHA TÉCNICA	Código: FT Versión: 01 Fecha: 27-10-2015 Pág. 1 de 2
---------------	---

Nombre Comercial del Producto	Mascarilla desechable o Tapabocas
Marca	Cepilab
Clasificación según el INVIMA	Dispositivo médico no invasivo riesgo I
Presentaciones Comerciales	Caja dispensadora x 50 unidades. Referencia 1: Tapabocas en tela no tejida con resorte. Referencia 2: Tapabocas en tela no tejida para atar.
Especificaciones	100% PP, Tela no tejida Spunbond 20 gsm + Meltblown 20gsm + Spunbond 25 gsm
Uso	Mascarilla o Tapabocas de atar detrás del cuello o de sujeción a la oreja, usado para protección general, cumple una función de barrera microbiana reduciendo el paso de fluidos corporales al exterior, protege el riesgo de exposición a partículas suspendidas en el aire. Se usa en el campo médico, odontológico y quirúrgico.
Frecuencia de uso	Uso único, no reutilizable.
Carga microbiológica	No estéril, libre de patógenos

MONOGAFA DE SEGURIDAD VENTILACIÓN INDIRECTA

DESCRIPCIÓN

Las monogafas de protección ofrecen seguridad adecuada para los diferentes riesgos presentes en las áreas de trabajo en especial proyección de partículas líquidas y sólidas en gran cantidad. Sus diseños livianos y ergonómicos brindan al usuario seguridad y comodidad durante el desarrollo de sus actividades. Representan la mejor opción en términos de uso, durabilidad y costo para proteger a los trabajadores Colombianos.

Todas nuestras monogafas están elaboradas en policarbonato de alta calidad y cumpliendo con Normatividad Internacional y certificación aplicable para monogafas de protección industrial. Por estas razones somos los preferidos por la Industria Colombiana.

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

- Monogafa de cuerpo en PVC tintado azul de alta flexibilidad.
- Monolente de policarbonato de 2,0mm de grosor corregido ópticamente.
- Monolente con tratamiento anti-empañante (AF).
- Marco con orificios de ventilación indirecta en la parte superior.
- Resistencia a salpicaduras, impactos de alta velocidad e ignición
- Ensamble sin partes metálicas (no conductor)
- Banda elástica negra para ajuste de 13mm
- Ofrece buen sellado y ajuste al rostro
- Diseño ergonómico
- Resistente a radiación UVA/UVB Nivel Uq
- Peso 75,5g

REFERENCIA

CÓD: Lente Claro

USOS

- Monogafa Clara permite la transmisión de luz máxima en actividades internas o espacios cerrados.

EMPAQUE

Unitario



APLICACIONES

La Monogafa de Seguridad aplica para todas las actividades industriales que generen altas concentraciones de material particulado o proyecciones de partículas líquidas.

- Refinación
- Exploración
- Explotación
- Producción
- Transporte
- Alimentos
- Agricultura
- Logística
- Almacenamiento
- Mantenimiento
- Ambiental
- Puertos marítimos
- Farmacéutica
- Forestal
- Fuerzas Militares
- Aeronáuticas
- Ensambladoras
- Pesqueras
- Minería
- Construcción
- Supervisión

INSTRUCCIONES DE USO Y MANTENIMIENTO

Recomienda a todos sus usuarios, que antes de dar uso a sus lentes deberá inspeccionar diariamente el estado de los mismos, a fin de validar que éste se encuentre en condiciones óptimas de uso y le brinde protección.
- Identifique que el lente no se encuentre opaco, presente manchas o rayaduras excesivas.

Si el elemento presenta fisuras o ruptura en alguna de sus partes no debe ser utilizado.
- Esta monogafa es adecuada para proteger contra salpicaduras e impacto, no es apta para uso con lente formulado, en caso de requerir asignación de este tipo de protección, le recomendamos utilizar nuestra Monogafa EVEREST.
Este lente brinda protección a radiación UV Nivel Uq 99,9% y no tiene aprobación para ser empleado en labores con riesgo de radiación INFRARROJA, para lo cual se recomienda asignar protección de nuestra Línea ROCKET o TOP GUN INFRARROJO.

LIMPIEZA: Se recomienda realizar diariamente limpieza del lente con jabón neutro y chorro de agua fría sobre el mismo. Evite limpieza de los lentes en seco, con paño o prendas de vestir porque puede rayar prematuramente el lente y perder visibilidad necesaria para realizar el trabajo.

Guantes de Examen Desechables



Número INVIMA 201408-0011605 ISO9002 SMG CE FDA ANVISA

FICHA TÉCNICA

- Guantes AQL L 5
- Elaborados en látex natural.
- Antiestáticos, cómodos y de fácil puesta.
- No esdables
- Pre-estirados con alcohol.
- Alta resistencia a la elongación.

ESTÁNDARES DE CALIDAD

- Manufacturados de acuerdo con el sistema de calidad ISO 9002.
- Cumple y/o excede los estándares ASTM 3039-95
- Cumple y/o excede los estándares europeos EN 455-1/2/3.
- Cumple y/o excede Norma Técnica Colombiana NTC 4271.
- Aprobado por SGS.

Elaborado en cumplimiento con los requerimientos actuales de GMP. • Plan de Muestra ISO 2859

PROPIEDADES FÍSICAS	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	AQL
	ANTES DE DESPACHAR	DESPACHADO	DESPACHADO	ANTES DE DESPACHAR
Resistencia a la tracción	100-120%	100-120%	100-120%	100-120%
Elongación	100-120%	100-120%	100-120%	100-120%

CODIGOS DE BARRAS	UNIDAD	CODIGOS DE BARRAS	UNIDAD
Guantes EXAMTEX 1200x145x15	770 727038 3645	Guantes EXAMTEX 1200x145x15	770 727038 3643
Guantes EXAMTEX 1200x145x16	770 727038 3653	Guantes EXAMTEX 1200x145x16	770 727038 3651
Guantes EXAMTEX 1200x145x18	770 727038 3660	Guantes EXAMTEX 1200x145x18	770 727038 3657
Guantes EXAMTEX 1200x145x20	770 727038 3677	Guantes EXAMTEX 1200x145x20	770 727038 3675

www.protexa.com.co info@protexa.com.co PBK: (57-3) 9925544 Fax: (57-4) 8267750 Parque Industrial San José - Bogotá 10-11, Man.C. Km.4 Via Funza Sibaria, Cundinamarca, Colombia