


|  El empleador es de todos | | Ministrabon | | DIRECCIÓN DE REGIOS LABORALES DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL HULLA | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|---|------------------|---|--|--|---|-------------------------|--|---|---|--|
| Riesgo Social (PS / ESE) | | CLÍNICA CARDIOVASCULAR COBAJÓN JUVEN | | | | | Número Total de Trabajadores (En cualquier modalidad) | | HS | | | |
| Fecha Informe: | | Fecha de Notificación COPASST | | | | | ARL a la que está afiliada | | SURA / POSITIVA / SOLVAR | | | |
| Item | Área o Centro de Trabajo | 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? Entienda: ¿Se de trabajadores por cargo, tipo de actividad, áreas de alta y media exposición al riesgo. (Indicar, indicando el número de EPP adquiridos) | | | | | | 23/7/2020 | 5. ¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y tiempo de uso requerido? Entienda: ¿Se de trabajadores registro de entrega de los EPP a cada trabajador con la fecha de entrega | 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? Entienda: Cantidad de EPP en inventario proporción de la cantidad de EPP que se ha de adquirir | 7. ¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto del Poder Judicial 001 y Circular 01 del 2020 expedidos por el Ministerio de Trabajo? Entienda: Criterio de solicitud propuesto de la ARL a ser con acordados compromisos | FORCENTAJE/ % CUMPLIMIENTO MEDIDAS DE SEGURIDAD |
| | | 2. ¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social? Entienda: Diferenciando tiempo, disponibilidad los EPP adquiridos | | 3. ¿A cuántos trabajadores los fueron entregados los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo? Entienda: ¿Se de trabajadores en las que se entregaron los EPP por cargo, tipo de actividad, áreas de alta y media exposición al riesgo. (Indicar, indicando el número de EPP) | | 4. ¿Los EPP se están entregando oportunamente? Entienda: ¿Se de trabajadores registro de entrega de los EPP a cada trabajador con la fecha de entrega | | | | | | |
| | | RECTO | INDIRECTO | INTERMEDIO | | | | | | | | |
| 1 | Asistenciales | SI | SI | 100 | | | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| 2 | Laboratorio clínico | SI | SI | 4 | | 1 | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| 3 | Servicio Farmacéutico | SI | SI | 7 | | | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| 4 | Central de Esterilización | SI | SI | 3 | | | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| 5 | Mantenimiento | SI | SI | 3 | | | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| 6 | Servicios generales | SI | SI | 9 | | 1 | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| 7 | Orientadores | SI | SI | 6 | | | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| 8 | Atención al Usuario | SI | SI | 5 | | | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| 9 | Referencia | SI | SI | 3 | | | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| 10 | Administrativa | SI | SI | 23 | | | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| ACCIONES DE MEJORA | | | | | | | | | | | | |
| ACCIÓN | | | | | | | FECHA CUMPLIMIENTO | | RESPONSABLE EJECUCIÓN | | RESPONSABLE SEGUIMIENTO | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Link de la Pagina Web en que se publicara este informe | | | | | | | http://elministrabon.com/ | | | | | |
| Conclusiones del Informe de entrega: | | | | | | | | | | | | |
| Como medida de prevención, la clínica COBEN, se ha hecho responsable de suministrar los Elementos de Protección Personal necesarios de acuerdo al nivel de exposición, a todos los colaboradores independientemente tipo de vinculación. La Clínica garantiza que los Elementos de Protección Personal suministrados cumplen con los requerimientos sanitarios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social e INVIMA. La Clínica se encuentra en proceso de asesoría con la aseguradora SURA. | | | | | | | | | | | | |
| LAURA LEZANO CAMPO FIRMA REPRESENTANTE(S) TRABAJADORES COPASST | | | | JINNA TATIYANA MEDINA FIRMA REPRESENTANTE(S) EMPLEADOR COPASST | | | | FIRMA REPRESENTANTE ARL | | | | |