



El empleo es de todos

Mintrabajo

DIRECCIÓN DE RIEGOS LABORALES
DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL HUILA

| Razón Social IPS / ESE | | CLÍNICA CARDIOVASCULAR CORAZÓN JOVEN | | | | | Numero Total de Trabajadores (En cualquier modalidad) | | | 165 | | |
|--|---------------------------|--|---|---|-----------|------------|--|---|---|--|---|----|
| Fecha Informe: | | 08/07/2020 | | Fecha de Reunión COPASST | | | 08/06/2020 | | ARL a la que esta afiliada | SURA / POSITIVA / BOLIVAR | ¿Asiste? (SI/NO) | NO |
| Ítem | Áreas 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? Evidencia: Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio) | 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 | 3. ¿A cuántos trabajadores les fueron entregados los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo? Evidencia: Base de trabajadores a los que se le entregaron los EPP por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y nivel de exposición al riesgo. (directo, indirecto o intermedio). | | | 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 de entrega | 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 | 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 | 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 | PORCENTAJE (%) CUMPLIMIENTO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD | |
| | | | | DIRECTO | 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 | | | 6 | 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 | 7 | | | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| 8 | Atención al Usuario | SI | SI | 6 | | | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| 9 | Referencia | SI | SI | | | 3 | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| 10 | Administrativos | SI | SI | | | 22 | SI | SI | SI | SI | 100% | |
| ACCIONES DE MEJORA | | | | | | | | | | | | |
| ACCIÓN | | | | | | | | FECHA CUMPLIMIENTO | RESPONSABLE EJECUCIÓN | RESPONSABLE SEGUIMIENTO | RESPONSABLE SEGUIMIENTO | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Link de la Pagina Web en que se publicara este informe | | | | | | | | http://clinicacoven.com/ | | | | |
| Conclusiones del informe de entrega: | | | | | | | | | | | | |
| Como medida de prevención, la clínica COVEN, 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 cumplan con los requerimientos sanitarios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social e INVIMA. | | | | | | | | | | | | |
| LAURA LOZANO CAMPO | | | | JINNA TATIANA MEDINA | | | | | | | | |
| FIRMA REPRESENTANTE(S) TRABAJADORES COPASST | | | | FIRMA REPRESENTANTE(S) EMPLEADOR COPASST | | | | FIRMA REPRESENTANTE ARL | | | | |