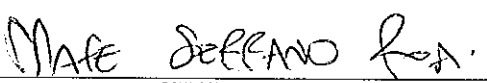
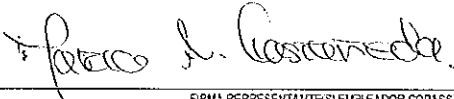


Razón Social IPS / ESE		CLÍNICA BELO HORIZONTE					Número Total de Trabajadores (En cualquier modalidad)		143			
Fecha Informe:		20/05/2020					Fecha de Reunión COPASST		21/05/2020		¿Asiste? (SI/NO)	
Riesgo	Área o Centro de Trabajo	1. ¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo con número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por CÓMO ISS? 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: Ordenes 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 motivo 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 remplazo 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 458, 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 BOSEGURIDAD	
				DIRECTO	INDIRECTO	INTERMEDIO					SI	NO
1	Clínica Belo Horizonte	SI	SI	63	71	4	SI	SI	SI	SI	90%	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

ACCIONES DE MEJORA				
ACCIÓN	FECHA CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE EJECUCIÓN	RESPONSABLE SEGUIMIENTO	RESPONSABLE SEGUIMIENTO

Link de la Pagina Web en que se publicara este informe

Conclusiones del informe de entrega: El cumplimiento de la entrega de protección personal (EPP) a los funcionarios de la institución, es el 90%; es de aclarar que el 10% restante no se ha realizado debido que los funcionarios se encuentran en vacaciones por lo cual no se ha llegado al 100%, al ingreso de los trabajadores se le entregara su dotación y capacitación respectiva frente a la pandemia Covid 19 /2020

 FIRMA REPRESENTANTE(S) TRABAJADORES COPASST	 FIRMA REPRESENTANTE(S) EMPLEADOR COPASST	FIRMA REPRESENTANTE ARL
---	--	-------------------------

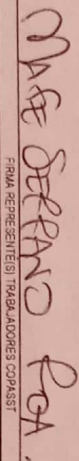
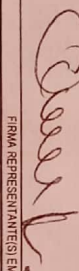
Item	1. ¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo con el número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19? Evidencia: Base de datos de trabajadores por cargo, tipo de actividades, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio)	2. ¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social? Evidencia: Ordenes de compra, listas llenadas de los EPP adquiridos	3. ¿A cuántos trabajadores les fueron entregados los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo? Evidencia: Base de datos de trabajadores a los que se le entregaron los EPP por cargo, tipo de actividad, nivel de exposición al riesgo. (directo, indirecto o intermedio).	4. ¿Los EPP se están entregando oportunamente? Evidencia: Base de datos 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 remplazo de uso requerido? Evidencia: Base de datos de trabajadores con registro de frecuencias y entregas de los EPP a cada trabajador	6. ¿Se ha prestado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la entrega completa y oportuna de los EPP? Evidencia: Cantidad de EPP en inventario y proceso de la cantidad de EPP que se va a adquirir	7. ¿Se coordina con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 1488, 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	8. ¿Se ha identificado el porcentaje de cumplimiento de las medidas de bioseguridad?
1	CLINICA BELO HORIZONTE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	95%
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

ACCIONES DE MEJORA

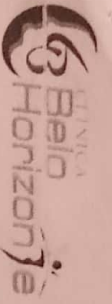
ACCION	FECHA CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE EJECUCION	RESPONSABLE SEGUIMIENTO	RESPONSABLE SEGUIMIENTO

Link de la Pagina Web en que se publicara este informe

Conclusiones del Informe de entrega:

FIRMA REPRESENTANTE(S) TRABAJADORES COPASSIST
 FIRMA REPRESENTANTE(S) EMPLEADOR COPASSIST
 FIRMA REPRESENTANTE ARL



CLINICA BELO HORIZONTE

ACTA DE COMITÉS

VIGENCIA: 18-11-2013

CODIGO: GCFO-05

VERSION:02

Página 1 de 3

DATOS GENERALES

COMITÉ	COPASST	Fecha : 4-06-2020	
Nº COMITÉ	008-2020	HORA INICIO	03:00 pm
RESPONSABLE	María Angélica Castañeda	HORA FINAL	05:00 pm

OBJETIVOS:

- Realizar la reunión del Comité para realizar seguimiento al desempeño en SST y programación de actividades

TEMAS

<ol style="list-style-type: none">Llamado a lista y verificación de quórumRevisión del acta de reunión anterior y seguimiento de compromisos.Seguimiento para el plan adoptado para Covid 19Informe Ministerio de TrabajoAjustes para el seguimiento de buen uso de EPPProposiciones y variosFin de la reunión	Se cumplió SI X NO ___ Se cumplió SI X NO ___
--	--

COMPROMISOS COMITES ANTERIORES

- Continuar con la reunión semanal para el seguimiento de las actividades Covid 19
- Asegurar y continuar con la capacitación permanente de los trabajadores sobre lineamientos, directrices y demás documentos referentes al Covid19 para covid 19

ACTA DE COMITÉS

VIGENCIA: 18-11-2013

CODIGO: GC-FO-05

VERSION:02

Página 2 de 3

OBSERVACIONES – COMENTARIOS – DESARROLLO DE LA REUNION

1. Se convocaron a los representantes (principales y suplentes) de cada parte para poder realizar la reunión del comité, De los 7 convocados, asistieron 7, con el acompañamiento de la asesora de la ARL.
2. Se revisaron los compromisos del acta anterior, indicando el estado de cumplimiento de cada uno de ellos. Los que se encuentran pendientes o el avance de los mismos de evidencia en el ítem de COMPROMISOS COMITÉ ANTERIORES
3. Divulgación de los elementos de protección personal entregados por la ARL y los que quedan pendientes
4. Realizar acciones correctivas del uso de EPP especialmente para los trabajadores asistenciales deben una adecuada utilización de las mascarillas con filtro.
5. Realizar seguimiento por parte de los jefes de área para la correcta utilización de EPP
6. Realizar el informe del Ministerio de Trabajo anexando los EPP entregados por la ARL.
7. Documentar la temperatura de los trabajadores que ingresan a la institución para realizar su jornada laboral.
8. Algunos de los trabajadores continua en Teletrabajo con el fin de disminuir el riesgo de contagio Covid 19

COMPROMISOS DE ESTE COMITÉ

DETALLE	RESPONSABLE	FECHA
Continuar con la reuniones semanales para el seguimiento de las actividades Covid 19	COPASST/	30/05/2020
Asegurar y continuar con la capacitación permanente de los trabajadores sobre lineamientos, directrices y demás documentos referentes al Covid19	COPASST/SGS ST&A	30/05/2020
Continuar con las reuniones del Copasst los dias Jueves durante el periodo de la Pandemia Covid 19		

ACTA DE COMITÉS

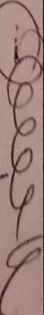
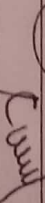

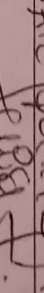




VIGENCIA: 18-11-2013

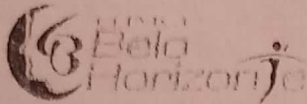
CODIGO: GC-FO-05

VERSION: 02

Página 3 de 3

ASISTENTES A ACTIVIDADES

NOMBRES	CARGO	FIRMAS
Maria Angélica Castañeda	Trabajadora Social	
Adriana Marcela Motta a	Auditora de Calidad	
Maria Fernanda Serrano	Auxiliar de programación de Cirugia	
Luisa Fernanda Tovar	Director de Talento humano	
Magnolia Gutiérrez	Auditora calidad	
Edna Tovar	Regente de Farmacia	
Angela Campos	Tesorera	
Claudia V. Lasso T	Coordinadora SST	



CLINICA BELO HORIZONTE

FORMATO DE ASISTENCIA

VIGENCIA: 01-03-2013

CODIGO: GT-FO-01

VERSION: 01

Página 1 de 1

TEMA: Entrega Tapes boca ARL.

RESPONSABLE: 2-Junio-2020.

FECHA: _____ LUGAR: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA FINALIZACION: _____

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Imeldone	55167410	fact	
2	Nazmy Loreales	1075220667	Facturadora	
3	Diana Lucia Mendy	36 313147	Auditora	
4	Morganta Yagora P.	1075207205	Aux Cuentas	
5	WINTER TAFUR	1075243004	Aux Facturadora	
6	Lina Maria Pardo			
7	Lina M ^{re} Pardo	55167410	fact	
8	Katherine.			
9	Juiza Fernanda Tovar	075302651	T.H	
10	Juiza P. Tovar.	1075302651	T.H	
11	Adriana Andrade	36310721	Auditoria	
12	Robert Emilio Cuider			
13	Michael D. C.			
14	Andrea Montoya.	1.075 290 415	Aux. Contable	
15	Natalia Santos Reyes	1.075 265 645	Aux. Contable	
16	Deisy Lopez Salinas	52881779	Aux. Compras	



CLINICA BELO HORIZONTE

FORMATO DE ASISTENCIA

VIGENCIA: 01-03-2013

CODIGO: GT-FO-01

VERSION: 01

Página 1 de 1

TEMA Mascotas N95RESPONSABLE: SSTFECHA: 2-Junio-2020 LUGAR: Clínica Belo Horizonte

HORA DE INICIO: _____ HORA FINALIZACION: _____

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	KATHERINE CABALEO	36'313 514	Referencia	KATHERINE
2	Katherine Gonzalez.	1075288666	Call center.	Katherine.
3	Pebit Court	10746207	Ing. Sntro	
4	Michael Ramos	1075322741	Aux-sistemas	Michael
5	Edna K. Perdomo	1080184908	Admisionista	
6	Mirlean Yandra Rojas	1075268555	Admisionista	
7	Lola Margarita Tovar	1007247093	Admisionista	
8	Yeny Patricia Hayes	36 310 908	Aux admstrat	Yeny patricia
9	Maresu A. Casanueva	06-783-783	trabajo social	
10	Pedro Fernando Torres Moya	55 113040	Aux laboratorio	
11	Lorena Oñina	49 606762	Bacteriologa	
12	Angelica Martinez	1044907979	Bacteriologa	
13	Jeicy Montiel.		Bacteriologa	
14	Martín J. Jilavárga	51965782	Bacteriolog.	
15	Mauricio Mendat	1075.228.758	Mensajero	
16	Vesica Blanco	1080189289	AUX. ARCHIVO	



CLINICA BELO HORIZONTE

FORMATO DE ASISTENCIA

VIGENCIA: 01-03-2013

CODIGO: GT-FO-01

VERSION: 01

Página 1 de 1

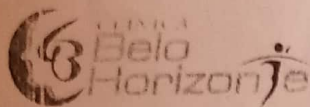
TEMA Entrega de Tapabocas ARL

RESPONSABLE: SST

FECHA: 02 / Junio / 2020 LUGAR: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA FINALIZACION: _____

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Adriana Andrade M	30370781	Asesor	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				



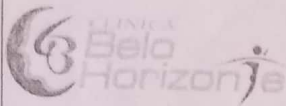
TEMA Entrega de Insumos "Positiva" caps de
teboroni con area administrativas

RESPONSABLE: SST

FECHA: 27-05-2020 LUGAR: Clínica Belo Horizonte

HORA DE INICIO: _____ HORA FINALIZACION: _____

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Charles Ulisso T.	26.423.106.	F-T SSSST	
2	Irma Cardoso	26.592.940	S. Generales	
3	Andres Felipe Riosgos	1075315847	Aux S.6	Andres Felipe
4	Wz amalia castaño	55176273	Aux S.6	amalia
5	Olga Gutierrez	1075272821	Aux Cocina	Olga G.
6	Angeli Bastidas	55161921	Economista ^{nutricion}	Angeli B
7	Diana Nataly Norillo	1000687265	auxiliar	diana
8	Enny Jaidy P.	55.168.601	S. Generales	
9	Echa Lorena Tovar	33710870	Regente farmacia	
10	Joisa fernanda Tovar Ch.	1.038.302.651	Talento Humano	
11				
12				
13				
14				
15				
16				



CLINICA BELO HORIZONTE

FORMATO DE ASISTENCIA

VIGENCIA: 01-03-2013

CODIGO: GT-FO-01

VERSION: 01

Página 1 de 1

TEMA Entrega topabocas N-95

RESPONSABLE: Coordinación Enfermería

FECHA: 21-04-2020

LUGAR: UCI

HORA DE INICIO: _____

HORA FINALIZACION: _____

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	leedy dayano peralta	107028777	aux. Enfermería	leedy p.
2	Estherony losada Orriago	1031134589	Fisioterapeuta	Estherony
3	Genaler stuenkelma sanz	1075309219	Auxenfermería	Genaler
4	Magnolia Gutierrez	55171537	Enfermera	Magnolia
5	Yennifer Cardozo	1079607112	Aux Enfermería	Yennifer Cardozo
6	Martha Rodriguez	51988484	aux-GR.	Martha R.
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				



DIRECCIÓN DE RIEGOS LABORALES
DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL HUILA

Razón Social IPS / ESE		Fecha Informe:					Fecha de Reunión COPASST			Número Total de Trabajadores (En cualquier modalidad)		¿Asista? (SI/NO)	
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? 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, fechas 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 costear 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 BOSEGURIDAD		
				DIRECTO	INDIRECTO	INTERMEDIO					SI	NO	
1	Clínica Baño Horizonte	SI	SI	91	55	20	SI	SI	SI	SI	100%		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

ACCIONES DE MEJORA

ACCIÓN	FECHA CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE EJECUCIÓN	RESPONSABLE SEGUIMIENTO	RESPONSABLE SEGUIMIENTO

Link de la Pagina Web en que se publicara este Informe

Conclusiones del informe de entrega:

MARCE JOFFANO FOA
FIRMA REPRESENTANTE(S) TRABAJADORES COPASST

[Signature]
FIRMA REPRESENTANTE(S) EMPLEADOR COPASST

FIRMA REPRESENTANTE ARL