
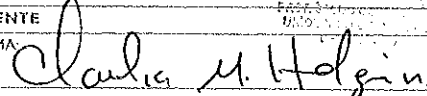


**INFORME DE VISITA
ASESOR DE PREVENCIÓN POR PROYECTO**

| FECHA: 14 de mayo de 2020 | | HORA INICIO: 11:00 AM | | HORA FIN: 12:00 PM | | |
|---|---|---|--|--|--------------------------|---|
| INFORMACIÓN DE LA EMPRESA CLIENTE | | | | | | |
| RAZON SOCIAL: Fundación Hospital San José de Buga | | | | | | |
| NIT: 891380054 | | | CIUDAD VISITADA: Reunión por Video Llamada | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | | | | | | |
| Nº | LINEA DE INTERVENCIÓN | PROGRAMA | COMPONENTE | ACTIVIDAD | TIEMPO EJECUTADO (HORAS) | |
| | | | | | Solicitada | Ejecutada (En la sesión programada)* |
| 1 | Modelo Gire | Modelo Gire | Estandarización | Asesoría COVID-19 | 1 Hora | 1 Hora |
| 2 | | | | | | |
| REQUERIMIENTO | | | | | | |
| Nº | DETALLE | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCIÓN DEL COMPROMISO | | |
| 1 | <p>La Fundación Hospital san José de Buga solicita acompañamiento por parte de la ARL en las reuniones semanales que debe realizar el COPASST "Seguimiento del COPASST a medidas de prevención y contención de contagio con el coronavirus COVID-19 en el sector salud,"</p> <p>Se socializa las responsabilidades que tiene el COPASST frente al seguimiento de la medidas establecidas en el marco de la emergencia COVID-19</p> <p>Se Socializa La Lista De Chequeo Evaluación De Cumplimiento De Requisitos En Materia De Riesgo Para Exposición A COVID-19 Y Se Queda Con El Compromiso De Revisar El Cumplimiento En La Próxima Reunión 20 De Mayo A Las 8:30 Am</p> <p>Se realiza la recomendación de realizar un cronograma donde Se especifique la hora, el día, los Invitados y los temas a revisar en la reuniones semanales, esto con el fin de que se focalice, se organice y se de prioridad a la revisión y seguimiento que el COPASST debe realizar en el marco de la emergencia declarada por COVID-19</p> | Mabel Cifuentes | Claudia Holguín | FECHA: | 14 DE MAYO DE 2020 | |
| | | COLMENA SEGUROS | EMPRESA CUENITE | | | |
| 2 | | COLMENA SEGUROS | EMPRESA CUENITE | FECHA: DIA - MES - AÑO | | |
| DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL DE PREVENCIÓN | | | | | | |
| NOMBRE: | | | CANTIDAD: 2 | | | |
| 1. Presentación de la capacitación Power Point | | | | | | |
| 2. Lista de chequeo Evaluación de cumplimiento de requisitos en materia de gestión de riesgo por exposición a COVID-19 Marco legal sector salud | | | | | | |
| OTROS | | | | | | |
| Participan Los Miembros Del COPASST (Nini Soto, Erika García, Soraya Giraldo, Orlando Peña) | | | | | | |
| ASISTENTES | | | | | | |
| CAMPO PARA FIRMA DEL FUNCIONARIO COLMENA SEGUROS | | | | | | |
| NOMBRE RESPONSABLE: Mabel Cristina Cifuentes Gutiérrez | | CARGO: Asesora de Prevención por Proyecto | | FIRMA:  | | |
| CAMPO PARA DELIGENCIAR EL RESPONSABLE EN EMPRESA CLIENTE | | | | | | |
| NOMBRE RESPONSABLE: Claudia Holguín | | CARGO: Profesional De SST | | FIRMA:  | | |

