

 Ejemplos en todos		DIRECCIÓN DE RIEGOS LABORALES DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL HUILA									
Razón Social / PS / EBE Fecha Informe:		Sociedad Clínica Emco Salud 29-05-20		Fecha de Reunión COPASST 29-05-20			Número Total de Trabajadores (En cualquier modalidad) ARL a la que está afiliado		Equidad ¿Asiste? (SI/NO)		SI
Item	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: 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 cronograma 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	URGENCIAS	SI	SI	24			SI	SI	SI	SI	100%
2	OBSERVACIÓN	SI	SI	10			SI	SI	SI	SI	100%
3	QUIRÓFANO	SI	SI	35			SI	SI	SI	SI	100%
4	PARTOS	SI	SI	13			SI	SI	SI	SI	100%
5	ESTERILIZACIÓN	SI	SI	1			SI	SI	SI	SI	100%
6	HOSPITALIZACIÓN	SI	SI	36			SI	SI	SI	SI	100%
7	UCI NEONATAL	SI	SI	16			SI	SI	SI	SI	100%
8	UCI ADULTOS	SI	SI	24			SI	SI	SI	SI	100%
9	LABORATORIO CLÍNICO	SI	SI	3	4		SI	SI	SI	SI	100%
10	IMAGENOLÓGICA	SI	SI	7			SI	SI	SI	SI	100%
11	FARMACIA	SI	SI	3	1		SI	SI	SI	SI	100%
12	CONSULTA EXTERNA	SI	SI	1			SI	SI	SI	SI	100%
13	ADMINISTRATIVA	SI	SI	26	27		SI	SI	SI	SI	100%
14	SERVICIOS GENERALES	SI	SI	8			SI	SI	SI	SI	100%
15	VIGILANCIA	SI	SI	4			SI	SI	SI	SI	100%
16	MANTENIMIENTO	SI	SI	2			SI	SI	SI	SI	100%
17	LAVANDERÍA	SI	SI				SI	SI	SI	SI	100%
18	AMBULANCIAS	SI	SI	3			SI	SI	SI	SI	100%
19	ALIMENTACIÓN	SI	SI		2		SI	SI	SI	SI	100%
ACCIONES DE MEJORA											
ACCIÓN							FECHA CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE EJECUCIÓN	RESPONSABLE SEGUIMIENTO	RESPONSABLE SEGUIMIENTO	
Link de la Página Web en que se publicará este informe				https://portal.emcozasalud.org/clinica/							
Conclusiones del informe de entrega:											
											
FIRMA REPRESENTANTE(S) TRABAJADORES COPASST				FIRMA REPRESENTANTE(S) EMPLEADOR COPASST				FIRMA REPRESENTANTE ARL			