

Ciudad: Valledupar

Hora: 3:20 pm

Acta No. 09

Fecha de Sesión: Día: 02

Mes: 07

Año: 2020

Fecha de convocación: Día: 25

Mes: 06

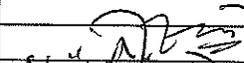
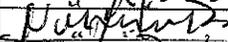
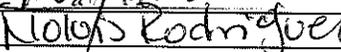
Año: 2020

Citación realizada por: Carlos Córdoba C.

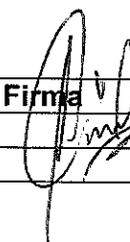
Cargo: Coordinador SST

Presidente: Flavio Piñeres

Secretario de la reunión: Nolis Rodríguez

NOMBRE	CARGO EN EL COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL	FIRMA
Flavio Piñeres	Presidente	
Neil Flores	Principal	
Nolis Rodríguez	Secretario	

INVITADOS

Nombre	Cargo	Firma
Carlos Córdoba C.	SST	

ORDEN DEL DIA

3. Verificación del Quórum

No	DESARROLLO DE LA REUNIÓN
1	Verificación del Quórum. Se verificó la cantidad de asistentes a la reunión y se comprobó la existencia de Quórum
2	Lectura del acta anterior. Se lee el acta y se procede a realizar la reunión
3	Revisión compromisos reunión anterior
	<ul style="list-style-type: none"> • Esta semana llegan elementos de gabinete contra incendio para tercer piso • Se entregan de tapabocas institucionales a todo el personal

	<ul style="list-style-type: none"> • Se evaluó la capacitación a médicos adscritos a la clínica con resultados satisfactorios • Organizar reunión con ARL en forma presencial por grupos de máximo 10 trabajadores • Se recuerda a cada hora por altavoz a los trabajadores sobre la necesidad de lavarse las manos • Se espera evaluación de la auditoría externa hecha vía magnética a la clínica • Se visitan frecuentemente puestos de trabajo y se verifica cumplimiento de protocolos de Bioseguridad
4	<p>Temas de reunión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llegada de elementos de gabinete contra incendio para tercer piso • Compra de más tapabocas institucionales para el personal • Realización de Inspección general en SST • Reporte de condición insegura • Tapete para desinfectar suela de zapatos a visitantes • Organizar reunión con ARL en forma presencial por grupos de máximo 10 trabajadores • Cumplimiento de estándares de bioseguridad al 100% • Recordéris a cada hora por altavoz a los trabajadores sobre la necesidad de lavarse las manos • Ampliación de puestos de trabajo • Mejoramiento de la seguridad y control del acceso a la clínica
5	<p>Compromisos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalar elementos de gabinete contra incendio para tercer piso • Entrega de nuevos tapabocas institucionales al personal • Programar charla con Bomberos • Verificar condiciones de nuevo tapete desinfectante • Organizar reunión con ARL en forma presencial por grupos de máximo 10 trabajadores • Recordéris a cada hora por altavoz a los trabajadores sobre la necesidad de lavarse las manos • Ampliación de puestos de trabajo • Terminar con mejoramiento de la seguridad y control del acceso a la clínica • Seguir cumpliendo estándares de bioseguridad al 100%

6

Finalización de la Reunión.

Siendo las 03:50 pm se da por terminada la reunión de la semana y se programa la próxima sesión.



OFTALMOLOGOS ASOCIADOS SAS

COD:

ACTAS COPASST

VERSIÓN: 1

FECHA: 07/05/2020

REVISIÓN CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCIÓN COVID-19

ENCUESTA MEDICIÓN DE ACATAMIENTOS A MEDIDAS DE CONTROL

02-07-2020

ASPECTOS A VERIFICAR	RESPUESTAS		OBSERVACIONES
	SI	NO	
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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los EPP se están entregando oportunamente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

REALIZAN EL SEGUIMIENTO:

NOLVIS RODRIGUEZ

FLAVIO PINERES

NEIL FLOREZ

Marque con una "X" el tipo de reporte:

INCIDENTE () ACTO INSEGURO () CONDICIÓN INSEGURA (**X**)

Fecha: 30 - 06 - 2020

Lugar de ocurrencia:

Entrada principal Clínica

Descripción del Evento:

Se observa deterioro en tapete para desinfección de suela de zapatos, ubicado en la entrada a la empresa.

Consecuencias o Posibles consecuencias del evento:

Resbalones, caídas, golpes, laceraciones.

Reporte originado por: José Pablo Puello Morales

Cargo: Vigilante

Criticidad: Alta () Media (**X**) Baja ()

PLAN DE MEJORAMIENTO CON ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS EN SST

ETAPA DE MEJORA CONTINUA (PHVA)	ASPECTO DE SG-SST	HALLAZGO	CRITERIO	RECOMENDACION	ACTIVIDADES PLAN DE ACCION	FECHA INICIO	FECHA SEGUIMIENTO	FECHA FINAL	RESPONSABLE
P (PLANEAR)	ADQUISICIONES	TAPETE PARA DESNEFECACION DE ZAPATOS DETERIORADO POR USO Y DESGASTE	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS	CAMBIO DE TAPETE	COMPRA INMEDIATA DEL OTRO TAPETE	30/06/2020	4/07/2020	30/7/2020	GERENTE

02 JOUR

 <p>CLÍNICA OFTALMOLÓGICA RETINA Y VÍTREO</p>	LISTA DE CHEQUEO PARA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES SINTOMÁTICO RESPIRATORIO Y SOSPECHA COVID – 19	CODIGO: OA-R-198 VERSION: 1 FECHA: 23-04-2020 PAGINA 1 DE 1
--	---	--

Nombre del paciente	VALENTINA TIZIADA
N° de Identificación	10 95908868

Realice las siguientes preguntas		SI	NO	Observaciones
Usted ha presenta alguno de los siguientes síntomas	Tos		/	
	Falta de aliento (Dificultad respiratoria)		/	
	Salida de líquido por nariz (Rinorrea)		/	
	Dolor de garganta		/	
	Malestar general		/	
	Fiebre > 38 °C		/	
Usted ha tenido alguna de estas situaciones	Ha llegado de viaje del extranjero en los últimos 14 días?		/	
	Ha estado en contacto estrecho con personas con COVID – 19 confirmado?		/	360

Declaro que la información consignada en este formulario, es veraz y admito que cualquier omisión o inexactitud es mi responsabilidad como paciente.

 <p>CLÍNICA OFTALMOLÓGICA RETINA Y VÍTREO</p>	LISTA DE CHEQUEO PARA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES SINTOMÁTICO RESPIRATORIO Y SOSPECHA COVID – 19	CODIGO: OA-R-198 VERSION: 1 FECHA: 23-04-2020 PAGINA 1 DE 1
--	---	--

Nombre del paciente	CARLOS TRIADA
N° de Identificación	15248253

Realice las siguientes preguntas		SI	NO	Observaciones
Usted ha presenta alguno de los siguientes síntomas	Tos		/	
	Falta de aliento (Dificultad respiratoria)		/	
	Salida de líquido por nariz (Rinorrea)		/	
	Dolor de garganta		/	
	Malestar general		/	
	Fiebre > 38 °C		/	
Usted ha tenido alguna de estas situaciones	Ha llegado de viaje del extranjero en los últimos 14 días?		/	
	Ha estado en contacto estrecho con personas con COVID – 19 confirmado?		/	355

Declaro que la información consignada en este formulario, es veraz y admito que cualquier omisión o inexactitud es mi responsabilidad como paciente.



MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA DE CUBA

ENCUESTA DE SINTOMAS DEL COVID - 19 PARA EMPLEADOS

Código: OA-R-201
Versión: 1
Fecha: 12/05/2020

Nombre	Identificación	Control temperatura +- 37,5°		Control temperatura +- 37,5°		Control temperatura +- 37,5°		Nombre				
		Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida					
		08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
Ailins Galvan Fuentes	49782494	36,3										
Ana Maria Valle Varon	1065600758	36,2										
Angelica Atamendtz	49794321	36,2										
Ayster Mendoza		36,2										
Acuña	49761940											
Heydis Paulina Jacquin	49759486	36,1										
Heyli Lorena Calderon	1065608466	36,2										
Jessica Carranza		36,1										
Rosado	1065652400	35,6										
Karen Paola Mestre	1065655676	35,6										
Lidia Nacarid Rengifo	1065614382	36,3										
Maria Ferranda De la Cruz	1065656348	35,8										
Marypaz Cabrera	1065651698	35,6										
Nell Florez Piffores	77032972	36,3										
Neyli Galvis Salas	1003244588	36,3										
Nohelis Mejia Buevas	1065591381	36,1										
Noelis Rodriguez	49787549	36,3										
Sandra Mattos Serpa	1046429737	36,3										
Sandrid Hincapie	1065813013											
Yaneth Rangel Ropero	68298807	35,2										
Ynili Sangregorio	77192244	36,2										
Yulieith Hincapie Gil	1065596357	35,6										
Yurekys Seisdedos	373985	36,0										
Yurley Laguna Correa	1003115720	36,0										
DR. JRS		35,8										
GLORIA GIL		36,5										
SIETE		36,3										
CARLOS CARDOBA		36,3										
Socialización lavado de manos funcionarios		08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00

Datos de quien realiza la encuesta

LISTA DE INSPECCIÓN SSTA (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

Lugar de la inspección: SEDE PRINCIPAL-CLINICA PIÑERES S. A. S.

Área de trabajo específica a inspeccionar: Área Administrativa Operativa Sedes Temporales: H/A.

Fecha de realización de la inspección 02-07-2020 Fecha próxima inspección 02-09-2020

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO					
Se observa organización y aseo en las áreas de trabajo (cada cosa en su lugar)	/				
Se observa organización y aseo en los baños	/				Se desinfecta y esteriliza diariamente.
Existe adecuado manejo de basuras/desechos/residuos en el área	/				
Se observa limpieza de equipos/implementos	/				
CONDICIONES LOCATIVAS					
Se observa buenas condiciones del piso (pisos dañados, rotos, huecos u orificios sin tapar, con desniveles o rejillas abiertas)	/				
Se observa en buenas condiciones los pasamanos y accesos a las escaleras.	/				
Las vías de acceso se encuentran bien iluminadas y señalizadas (escaleras, pasillos)	/				
Se observan pasillos libres de obstáculos	/				
Existe una adecuada demarcación del área de parqueo de los vehículos	/				
CONDICIONES DE ERGONOMIA/BIO MECÁNICA					
La posición del monitor es adecuada	/				
La altura del monitor es igual a la de los ojos	/				Se Programan Pausas Activas, Lavado de Manos y Desinfección puestos de Trabajo.
La altura del asiento permite posición de los codos a 90° sobre la mesa o escritorio	/				
Se realizan pausas activas	/				
Se observa postura adecuada al momento de la inspección	/				
Se ejecuta de forma correcta la manipulación de cargas y movimientos que exijan una actividad física dentro de la ejecución de las tareas	/				
CONDICIONES MECÁNICAS					
Se observa adecuado almacenamiento de implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otros	/				Se desinfectan Equipos después de usarlos.
Se observa adecuada manipulación de implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otros	/				
Se observa buen estado de los implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otras	/				
CONDICIONES FÍSICAS					
Existe buena iluminación natural / artificial	/				
Existe buena ventilación / aireación	/				



INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE

CODIGO: OA-R-150
VERSION 1
FECHA: 28-09-2017

LISTA DE INSPECCIÓN SSTA (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

Lugar de la inspección: SEDE PRINCIPAL CLINICA PIÑERES S. A. S.

Área de trabajo específica a inspeccionar: Área Administrativa Operativa Sedes Temporales: _____

Fecha de realización de la inspección _____ Fecha próxima inspección _____

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
Existe confort auditivo	/				
Existe confort térmico	/				



INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE

CODIGO: OA-R-150
VERSION 1
FECHA: 28-09-2017

LISTA DE INSPECCIÓN SSTA (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

Lugar de la Inspección: SEDE PRINCIPAL CLINICA PIÑERES S. A. S.

Área de trabajo específica a inspeccionar: Área Administrativa Operativa Sedes Temporales: _____

Fecha de realización de la inspección: _____ Fecha próxima inspección: _____

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
CONDICIONES ELÉCTRICAS					
No existen conexiones sobrecargadas (tomas sobrecargadas)	/				
Los cables están en buen estado y no sueltos por el piso	/				Se realiza Mantenimiento periódico.
Las tomas e interruptores están en buen estado	/				
Existe línea o polo a tierra	/				
SANEAMIENTO BÁSICO					
Se cuenta con un buen manejo de separación de basuras (almacenamiento y disposición final de los residuos adecuado)	/				Puntos Ecológicos, 1a Fumigación la Realiza 2a la Empresa: ECOPLAG.
Se hace manejo y control de plagas (ratones, cucarachas, mosquitos)	/				
Se cuenta con buen suministro de energía	/				
Se cuenta con buen suministro de agua	/				
Se encuentran en buen estado las llaves, baños, rociadores o demás elementos dispensadores de agua (libres de fugas visibles o desperdicio de líquido).	/				
CONDICIONES DE LOS EXTINTORES					
Existen extintores en el área revisada. (Enuncie la cantidad)	/				
Capacidad del extintor en el área revisada	/				
Esta ubicado de forma visible y accesible	/				Se vencen en el mes de octubre de 2020.
Cuenta con recarga vigente (Enuncie fecha de recarga y fecha vencimiento)	/				
Se observa buena presión de carga (manómetro)	/				
Se observa buen estado de mangueras, cornetas y boquillas	/				
El sello de seguridad esta en buen estado (no reventado)	/				
No presenta signos de daño o maltrato	/				
Presenta señalización e instrucciones legibles	/				
La señalización indica la clasificación de incendio en el cual se puede utilizar el extintor (tipo)	/				
La altura máxima desde el piso hasta la parte superior del extintor no es mayor a 1.5 metros	/				



INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE

CODIGO: OA-R-150
VERSION 1
FECHA: 28-09-2017

LISTA DE INSPECCIÓN SSTA (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

Lugar de la inspección: _____ **SEDE PRINCIPAL CLINICA PIÑERES S. A. S.**

Área de trabajo específica a inspeccionar: Área Administrativa Operativa Sedes Temporales: _____

Fecha de realización de la inspección _____ Fecha próxima inspección _____

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
Posterior al ser usado en una emergencia o al vencimiento de su carga, fue recargado	X				

LISTA DE INSPECCIÓN SSTA (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

Lugar de la inspección: SEDE PRINCIPAL CLINICA PIÑERES S. A. S.

Área de trabajo específica a inspeccionar: Área Administrativa Operativa Sedes Temporales: _____

Fecha de realización de la inspección: _____ Fecha próxima inspección: _____

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
CONDICIONES DEL BOTIQUIN, GABINETES Y OTROS ELEMENTOS PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS					
El botiquín esta ubicado de forma visible y accesible	/				
El botiquín esta señalizado	/				
Se realiza seguimiento a la dotación del botiquín (Fecha de la última revisión)	/				Se Revisó el 23-06-2020 y se Dem
El botiquín cuenta con la dotación permitida (NO incluye medicamentos)	/				plazaron Elementos
Se tiene una camilla adecuada para asistir en caso de emergencias	/				Proximos a vencer.
La camilla se encuentra ubicada en un sitio apropiado y accesible para uso en caso de emergencias.	/				
Los gabinetes contra incendios se encuentran ubicados en zonas visibles y sin obstrucciones.	/				
Los gabinetes contra incendios se encuentran en buen estado de funcionamiento y debidamente señalizados	/				
Se cuenta con hidrantes disponibles y debidamente señalizados o se conoce su ubicación	/				
Se cuenta con un directorio de emergencias actualizado y ubicado en un lugar visible o próximo a los teléfonos	/				
Se cuenta con un listado de información de familiares de los empleados para avisar en caso de emergencia	/				
Se cuenta con un listado de los números telefónicos del personal ubicado en un lugares visible o los empleados tienen esta información en sus teléfonos celulares.	/				
INSPECCIÓN DE RECURSOS ANTE UNA EMERGENCIA					
Los miembros de COPASST son trabajadores vigentes de OFTALMOLOGOS ASOC.(Verificación Integrantes COPASST)	/				
Los miembros de las brigadas de Emergencias (grupo de primeros auxilios, grupo de prevención y control de incendios, grupo de evacuación, y rescate) son trabajadores vigentes de OFTALMOLOGOS ASOCIADOS - (Verificación Lista de integrantes)	/				Se programará charla
El jefe de brigada y demás miembros son conocidos por el personal	/				sobre Evacuación, la
Los integrantes de la brigada conocen sus responsabilidades específicas ante una emergencia	/				Próxima semana.
Los integrantes de la brigada conocen sus responsabilidades en una emergencia con los visitantes	/				
El resto del personal conoce sus responsabilidades ante una emergencia	/				
Se da información a los visitantes a manera de recomendaciones en el caso de una emergencia.	/				
Se divulgo el plan de prevención y preparación para emergencia	/				
Se cuenta con rutas y salidas de evacuación señalizadas y áreas demarcadas	/				



INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE

CODIGO: OA-R-150
VERSION 1
FECHA: 28-09-2017

LISTA DE INSPECCIÓN SSTA (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

Lugar de la inspección: _____

SEDE PRINCIPAL CLINICA PIÑERES S. A. S.

Área de trabajo específica a inspeccionar: _____

Área Administrativa

Operativa

Sedes Temporales:

Fecha de realización de la inspección _____

Fecha próxima inspección _____

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
Se tiene establecido un punto de encuentro si se presenta una emergencia	/				
Se cuenta con plano de evacuación que indique rutas de evacuación y punto de encuentro (ubicado en lugares visibles o de alta circulación).	/				
Están disponibles y visibles las fichas de seguridad de las sustancias peligrosas para las personas que las manipulan.	/				
Las personas que manipulan sustancias peligrosas tienen conocimiento y están familiarizados con el uso que debe dársele conforme al documento de higiene y bioseguridad y fichas de seguridad de cada sustancia.	/				
Las sustancias peligrosas se encuentran adecuadamente rotuladas, envasadas, tapadas y almacenadas según lo establecido en el documento de higiene y bioseguridad, clasificación y almacenamiento y fichas de seguridad de cada sustancia.	/				
El personal que manipulan sustancias peligrosas cuenta con los Elementos de Protección Personal (EPP) sugeridos en el documento descriptivo higiene y bioseguridad y fichas de seguridad de cada sustancia.	/				
El personal de la brigada ha recibido entrenamiento y capacitación en temas de prevención y control de emergencias	/				
Se han realizado simulacros y se tienen registros de este.	/				
Se han tomado acciones posteriores a la realización de simulacros	/				

LISTA DE INSPECCIÓN SSTA (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

Lugar de la inspección:

SEDE PRINCIPAL CLINICA PIÑERES S. A. S.

Área de trabajo específica a inspeccionar:

Área Administrativa

Operativa

Sedes Temporales:

Fecha de realización de la inspección

Fecha próxima inspección

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
Se cuenta con manual de prevención y control para caso de emergencias en la Empresa	/				
La empresa tiene diligenciada e implementada una matriz de identificación de peligros, valoración del riesgo y determinación de controles, donde se tienen identificados y priorizados los riesgos de acuerdo a su probabilidad e impacto.	/				
Se cuenta con un inventario de la población fija y/o por áreas o frentes de trabajo.	/				
Se cuenta con buen servicio de comunicaciones (telefónica, correos electrónicos etc.)	/				
Se cuenta con un tanque de reserva de agua o pozo subterráneo	/				
Se cuenta con una planta de abastecimiento eléctrico de emergencia	/				
Se cuenta con algún sistema de vigilancia	/				
Existe señalización (Prevención en seguridad industrial y ambiental)	/				
Se encuentra señalización de zonas de advertencia (paso restringido, peligros eléctricos)	/				
Se encuentra la señalización limpia y en buen estado.	/				
ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO					
Personal nuevo (Indicar en las observaciones el número del personal nuevo que ingreso en el periodo de análisis y si recibió las capacitaciones de inducción)	/				Unz Personaz Antoz
Personal retirado (Indicar en las observaciones el número del personal retirado en el periodo de análisis y si recibió carta para exámenes de retiro)	/				Como Prcticante.
Se realizaron las evaluaciones de desempeño correspondientes al periodo evaluado	/				
Registro de vacaciones actualizado	/				
Se realizaron las capacitaciones programadas del sistema SSTA para el periodo evaluado	/				Se capacit en SST y
Se llevaron a cabo las actividades de Bienestar programadas en el periodo evaluado	/				Pandemia COVID-19.
ENTORNO AMBIENTAL					
Se cuenta con bombillos ahorradores en las áreas de trabajo y diferentes instalaciones de la Empresa	/				
Se observa en las cisternas de los baños uso de algún elemento que permita disminuir el consumo de agua (Botellas llenas de arena, agua u otro dispositivo que aumente el nivel del agua) al utilizar el mismo	/				Se depositan Tapz
Uso de recipientes debidamente señalizados para el desecho de residuos, según aplique (reciclables, ordinarios, peligrosos, etc)	/				bocaz, Guzates en
Se hace separación de desechos conforme al tipo de generación (orgánicos, papel, peligrosos)	/				Cuencas Rojas con
Existe un adecuado vertimiento de los residuos propios de las actividades ejecutadas por la empresa.	/				Bolsas del mismo color.
Se tiene algún tipo de letrero o publicidad que promueva la aplicación de la política de ahorro y uso eficiente de agua, energía y papel; apagando luces y equipos que no estén en uso, cerrando llaves y reusando papel.	/				
ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL					
Hay un ambiente organizacional propicio para ejecutar las labores y actividades, libre de alteración de las relaciones interpersonales	/				
HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, MEDICINA PREVENTIVA DE TRABAJO					



INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE

CODIGO: OA-R-150
VERSION 1
FECHA: 28-09-2017

LISTA DE INSPECCIÓN SSTA (SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE)

Lugar de la inspección:

SEDE PRINCIPAL CLINICA PIÑERES S. A. S.

Área de trabajo específica a inspeccionar:

Área Administrativa Operativa Sedes Temporales:

Fecha de realización de la inspección

Fecha próxima inspección

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES (en caso de presentarse cumplimiento parcial, incumplimiento u otra observación)
	Total	Parcial	No cumple	No aplica	
Personal ausente por casos relacionados con la salud (Indicar en las observaciones las horas del personal ausente por casos relacionados con la salud en el período de análisis)	/				
Personal ausente por casos NO relacionados con la salud (Indicar en las observaciones las horas del personal ausente por casos NO relacionados con la salud en el período de análisis)	/				
Eventos presentados en el periodos de análisis (Indicar en la observaciones el numero de incidentes o accidentes reportados a la ARL presentados en el período de análisis)	/				Plazear Reunión con ARL AXA COLPATRÍA
Capacitaciones realizadas (Indicar en las observaciones el numero de capacitaciones realizadas en el período de análisis)	/				
Exámenes de ingreso realizados (Indicar en las observaciones el numero de exámenes de ingreso realizados)	/				
Exámenes de egreso realizados (Indicar en las observaciones el numero de exámenes de egreso realizados)	/				
Exámenes periódicos (Indicar en las observaciones el número de exámenes periódicos realizados)	/				
Si considera otras condiciones a inspeccionar regístrelas a continuación					
Proto colos COVID-19	/				Se verifica cumplimiento - Semanalmente.

Elaboro la inspección:

Carlos Córdoba C.
Nombre y cargo

Coordinador SST.

Firma