

 <p>CLÍNICA OFTALMOLÓGICA RETINA Y VITREO</p>	<b>ACTAS DE REUNION COMITÉ PARIATARIO DE SST</b>	CODIGO: OA-R-151 VERSION 1 FECHA: 28-09-2017 Página 1 de 19
--	--	--

Ciudad: Valledupar

Hora: 11:00 am

Acta No. 20

Fecha de Sesión: Día: 30

Mes: 11 Año: 2020

Fecha de convocación: Día: 23

Mes: 11 Año: 2020

Citación realizada por: Carlos Córdoba C.  
Cargo: Coordinador SSTA

Presidente: Flavio Piñeres

Secretario de la reunión: Nolvis Rodríguez

NOMBRE	CARGO EN EL COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL	FIRMA
Flavio Piñeres	Presidente	<i>[Signature]</i>
Neil Flores	Principal	<i>[Signature]</i>
Nolvis Rodríguez	Secretario	<i>Nolvis Rodríguez</i>

**INVITADOS**

Nombre	Cargo	Firma
Carlos Córdoba C.	SST	<i>[Signature]</i>
Cindy Gil Cortes	Representante Legal	<i>Cindy Gil C.</i>

**ORDEN DEL DIA**

1. Verificación del Quórum

No	DESARROLLO DE LA REUNIÓN
1	<b>Verificación del Quórum.</b> Se verificó la cantidad de asistentes a la reunión y se comprobó la existencia de Quórum
2	<b>Lectura del acta anterior.</b> Se leyó el acta anterior haciendo referencia a los aspectos más importantes en SST con énfasis en la prevención de la pandemia del COVID-19
3	<b>Revisión compromisos reunión anterior.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener Stock suficiente de EPP en almacén</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizó seguimiento a la obligatoriedad y necesidad de uso continuo de los EPP</li> <li>• No se pudo participar en capacitaciones virtuales de AXA Colpatría por temas de logística, esperamos asistir a la nueva invitación</li> <li>• Seguir recordando a los trabajadores cada hora, la necesidad de lavarse las manos</li> <li>• Esperar resultado de valoración de medicina laboral a funcionaria, para tomar las medidas respectivas</li> <li>• Pendiente cambio de silla de puesto de trabajo de farmacia</li> <li>• Se realizaron capacitaciones a personal de la IPS</li> <li>• Se realizaron sensibilizaciones a pacientes y acompañantes</li> <li>• Cumplir con porcentaje exigido por Min trabajo sobre cumplimientos de protocolos de bioseguridad</li> </ul>
4	<p><b>Temas de reunión.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se envía información solicitada por Min trabajo y los soportes documentales exigidos por ellos (30-11-2020), dentro de la inspección realizada a la IPS</li> <li>• Se procede a cumplir con lo establece el Ministerio de salud, aislando a todo trabajador que presente síntomas de gripa, ya que el ministerio determinó manejar todo síntoma de gripa como un caso sospechoso de covid-19</li> <li>• Se cumple nuevamente con porcentaje exigido de cumplimiento de protocolos de Bioseguridad:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Lavado de manos</li> <li>Desinfección de áreas y equipos</li> <li>Uso y entrega de EPP</li> <li>Uso de señalizaciones de seguridad</li> <li>Entrega y uso de insumos para desinfección al personal de la IPS</li> <li>Encuestas de salud a pacientes y a trabajadores</li> <li>Aislamiento a sospechosos de tener Covid-19</li> <li>Socialización de medidas de protección y prevención a pacientes desde el Call Center</li> <li>Toma diaria de temperatura</li> <li>Stock suficiente de EPP e insumos en almacén</li> </ul> </li> <li>• Se realiza encuesta de ARL AXA Colpatría, para medir nivel de prestación de sus servicios, y se recibe invitación a talleres virtuales</li> <li>• Se realiza reunión de comité de convivencia laboral con todos los funcionarios de la IPS</li> <li>• Se realiza inspección SST en la IPS, se evaluarán hallazgos para establecer plan de acción</li> <li>• Inspección de seguimiento a uso de EPP</li> <li>• Actualización de listado de nómina de empleados, por la contratación de dos nuevos funcionarios que ingresaron al área de Admisión</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitaciones al personal sobre manejo de emociones y sana convivencia</li> <li>• Capacitaciones al personal de servicios generales sobre hoja de seguridad de productos químicos</li> <li>• Se posterga la realización de los exámenes médicos ocupacionales de este año para el primer trimestre del año 2021, por temas de pandemia</li> <li>• Se paga seguridad social de todos los funcionarios en el periodo correspondiente al mes de noviembre</li> </ul>
5	<p><b>Compromisos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener Stock suficiente de EPP en almacén</li> <li>• Socializar constantemente la obligatoriedad y necesidad de su uso continuo</li> <li>• Participar en capacitaciones virtuales de AXA Colpatria</li> <li>• Seguir recordando a los trabajadores cada hora, la necesidad de lavarse las manos</li> <li>• Plan de acción resultado de la inspección en SST</li> <li>• Cambiar silla de puesto de trabajo de farmacia</li> <li>• Realizar capacitaciones a personal de la IPS</li> <li>• Realizar sensibilizaciones a pacientes y acompañantes</li> <li>• Cumplir con porcentaje exigido por Min trabajo sobre cumplimientos de protocolos de bioseguridad</li> <li>• Aplicar encuesta de clima laboral</li> </ul>
6	<p><b>Finalización de la Reunión.</b> Siendo las 12:00 m. se da por terminada la reunión del mes y se programa la próxima sesión.</p>



OFTALMOLOGOS ASOCIADOS SAS

COD:

ACTAS COPASST

VERSIÓN: 1

FECHA: 07/05/2020

REVISION CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCIÓN COVID-19

ENCUESTA MEDICIÓN DE ACATAMIENTOS A MEDIDAS DE CONTROL

DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 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?	X		LISTADO
Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		MATRIZ DE EPP
Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X		
Los EPP se están entregando oportunamente?	X		SEMANAL
Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X		
Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X		INVENTARIO MENSUAL
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?	X		CUMPLIDO

*[Handwritten signatures and lines at the bottom of the table]*

**FUNCIONARIOS DE OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S**

FECHA:

28/11/2020

**IDENTIFICACIÓN DEL  
TRABAJADOR**

**NOMBRE**

**CARGO**

49.794.321

ANGELICA ARAMENDIZ ARGOTE

AUXILIAR FACTURACION

49.761.940

AYISTER MENDOZA ACUÑA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

73.009.095

VICTOR CASTRO GAMARRA

MEDICO OFTALMOLOGO

79.601.344

FLAVIO PIÑERES SANDINO

MEDICO OFTALMOLOGO

1.065.631.097

CINDY GIL CORTES

GERENTE

49.759.486

HEYDIS PAULINA JACQUIN

EMFERMERA JEFE

1.065.608.466

HEyli LORENA CALDERON DUARTE

AUXILIAR DE SIAU

1.065.652.400

JESSICA CARRANZA ROSADO

AUXILIAR CALL CENTER

1.065.655.676

KAREN PAOLA MESTRE CAMARGO

AUXILIAR CALL CENTER

1.082.065.166

JOSÉ PUELLO MOLINA

VIGILANTE

1.065.656.348

MARIA FERNANDA DE LA CRUZ VARON

ADMISIONISTA

1.065.651.698

MARIPAZ CABRERA ROSADO

OPTOMETRA

77.032.972

NEIL FLOREZ PIÑERES

AUXILIAR OPERATIVO

32.647.485

LUZ MARINA VERGARA I.

LÍDER CALIDAD

39.463.910

CAROLINA RENGIFO GALLO

ADMISIONSTA

1.065.591.381

NOHELIS MEJIA BUELVAS

INSTRUMENTADORA QUIRURGICA

49.787.549

NOLVIS RODRIGUEZ RODRIGUEZ

REGENTE DE FARMACIA

1.046.429.737

SANDRA MATTOS SERPA

AUXILIAR DE CAJA

1.065.813.013

SANDRID HINCAPIE PACHECO

AUXILIAR CALL CENTER

1.065.640.216

SHIRLY BARRAZA VARELA

AUXILIAR OPTICA

373.985

YURELKYS SEISDEDOS BATISTA

OPERARIO OPTICA

68.298.807	YANETH RANGEL ROPERO	AUXILIAR SERVICIOS GENERALES
77.192.244	YIMI SANGREGORIO HERNANDEZ	VIGILANTE
1.065.596.357	YULIETH HINCAPIE GIL	AUXILIAR DE MERCADEO
85.165.751	CRISTOBAL MORENO CANTILLO	SOPORTE TÉCNICO
1.003.115.720	YURLEY PAOLA LAGUNA CORREA	LIDER DE CARTERA
1.065.600.758	ANA MARIA VALLE VARÓN	ASESORA ÓPTICA
49.782.494	ALIRIS GALVÁN FUENTES	ADMISIONSTA
15.173.698	CARLOS GUEVARA CARRILLO	CONTADOR
1.003.315.940	CHELSY RINCÓN FLORES	PRACTICANTE
1.065.644.572	NERLYS JICELL OÑATE PEREZ	ADMISIONSTA
77.027.324	CARLOS RAMIT CORDOBA CORTINA	SST









LISTA DE CHEQUEO INFRAESTRUCTURA E INSUMOS

FECHA 

D	D	M	M	A	A	A	A
3	0	1	1	2	0	2	0

 HORA: 

0	9	:	0	0
---	---	---	---	---

 AM  PM

1

NOMBRE DE LA INSTITUCION: OFTALMOLOGOS ASOCIADOS SAS

SERVICIO: Salud.

APLICADO POR: Carlos Córdoba C.

OBSERVACIÓN	SI	NO
<i>Insumos e infraestructura</i>		
Está disponible en el servicio el Protocolo de lavado de manos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conoce el personal el protocolo de lavado de manos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe en todos los puntos de atención lavamanos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los lavamanos que existen en los puntos de atención cuentan con suministro de agua permanente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los lavamanos cuentan con dispensadores de jabón con producto disponible.	Nombre del producto: Lote: Fecha de vencimiento: <u>2021</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
El personal tiene acceso permanente a alcohol glicerinado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe junto a los lavamanos caneca de residuos ordinarios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay suministro de toallas desechables constantemente en los lavabos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay instrucciones en sitio visible sobre el método de higiene de manos sugerido por SDS.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: aplique la lista de chequeo cada vez que sea necesario de acuerdo con los parámetros establecidos por el Comité de Infecciones Intrahospitalarias.



LISTA DE CHEQUEO LAVADO DE MANOS

FECHA 

D	D	M	M	A	A	A	A
3	0	1	1	2	0	2	0

 HORA: 

0	9	0	0
---	---	---	---

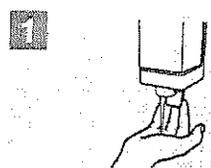
 AM  PM

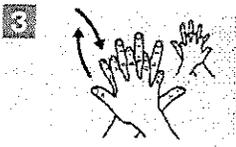
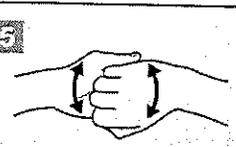
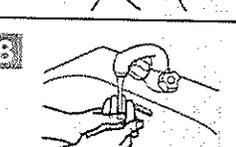
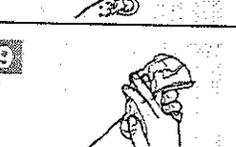
NOMBRE DE LA INSTITUCION: OF TÁLMOLGOS ASOCIADOS SAS

SERVICIO: Salud

APLICADO A: Yaneth Buzuel CARGO: Oficios Varios

APLICADO POR: Carlos Córdoba Cortina

<i>Momentos de higiene de manos</i>		
El trabajador de la salud realiza higiene de manos		<input checked="" type="checkbox"/>
Antes del contacto con cada paciente	N/A.	<input checked="" type="checkbox"/>
Antes de realizar un procedimiento limpio y aséptico		<input checked="" type="checkbox"/>
Después del riesgo de contacto con fluidos orgánicos		<input checked="" type="checkbox"/>
Después de haber estado en contacto con el paciente	N/A	<input checked="" type="checkbox"/>
Después de haber estado en contacto con el entorno del paciente		<input checked="" type="checkbox"/>
<i>Técnica de lavado de manos</i>		
La técnica de lavado de manos realizada por el trabajador de la salud incluye:		
El trabajador tiene las uñas sin esmalte.		<input checked="" type="checkbox"/>
El largo de las uñas del trabajador es inferior a 0.5 Cm. Del lecho ungueal		<input checked="" type="checkbox"/>
Retira de los brazos y manos, reloj, pulseras y anillos		<input checked="" type="checkbox"/>
La técnica de lavado de manos con agua y jabón está compuesta por:		
Abre la llave del agua y humedece sus manos		<input checked="" type="checkbox"/>
Deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos		<input checked="" type="checkbox"/>

Frota las palmas de las manos entre si		✓
Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa		✓
Frota las palmas de las manos entre si, con dedos entrelazados.		✓
Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.		✓
Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa		✓
Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa		✓
Se enjuaga las manos con agua		✓
Se seca las manos con toalla de un solo uso		✓
Utiliza la toalla para cerrar el grifo		✓



Manos limpias, atención segura!

LISTA DE CHEQUEO HIGIENE DE MANOS CON PREPARACIONES ALCOHOLICAS

FECHA 

D	D	M	M	A	A	A	A
3	0	1	1	2	0	2	0

 HORA: 

0	9	:	3	0
---	---	---	---	---

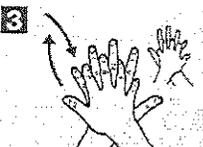
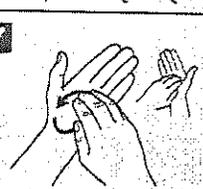
 AM  PM

4

NOMBRE DE LA INSTITUCION: DFTALMOLOGOS ASOCIADOS SAS  
SERVICIO: Salud  
APLICADO A: Jessica Carranza CARGO: Call center  
APLICADO POR: Carlos Córdoba Cortina

Momentos de higiene de manos		
El trabajador de la salud realiza higiene de manos		<input checked="" type="checkbox"/>
Antes del contacto con cada paciente	N/A	<input type="checkbox"/>
Antes de realizar un procedimiento limpio y aséptico		<input checked="" type="checkbox"/>
Después del riesgo de contacto con fluidos orgánicos		<input checked="" type="checkbox"/>
Después de haber estado en contacto con el paciente	N/A	<input type="checkbox"/>
Después de haber estado en contacto con el entorno del paciente		<input checked="" type="checkbox"/>
Técnica de Frote de manos con preparaciones alcohólicas		
La técnica de higiene de manos realizada por el trabajador de la salud incluye:		<input type="checkbox"/>
El trabajador tiene las uñas sin esmalte.		<input checked="" type="checkbox"/>
El largo de las uñas del trabajador es inferior a 0.5 Cm. Del lecho ungueal		<input checked="" type="checkbox"/>
Retira de los brazos y manos, reloj, pulseras y anillos		<input checked="" type="checkbox"/>
La técnica de frote de manos con preparaciones alcohólicas está compuesta por:		<input type="checkbox"/>
Deposita en la palma de la mano una dosis del producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.		<input checked="" type="checkbox"/>



Frota la palma de las manos entre si		/
Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa		/
Frota la palma de las manos entre sí, con dedos entrelazados		/
Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos		/
Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa		/
Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa		/



LISTA DE CHEQUEO LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS

FECHA 

D	D	M	M	A	A	A	A
3	0	1	1	2	0	2	0

 HORA: 

1	0	:	0	0
---	---	---	---	---

 AM  PM

NOMBRE DE LA INSTITUCION: OFTALMOLOGOS ASOCIADOS SAS.

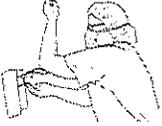
SERVICIO: QUIRÓFANO

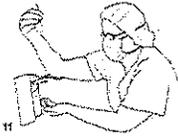
APLICADO A: flavio Piñeres S.

APLICADO POR: Carlos Córdoba C.

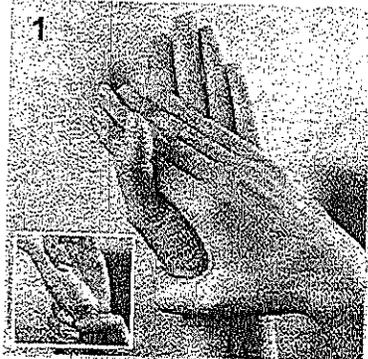
OBSERVACIÓN	SI	NO
<b>Lavado quirúrgico</b>		
CUMPLE CON LAS INDICACIONES DEL LAVADO QUIRÚRGICO:		
Antes de iniciar un procedimiento quirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes de iniciar procedimientos invasivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes de todo procedimiento que requiera técnica aséptica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple Con La Técnica Del Lavado Quirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lavado quirúrgico con agua y jabón</b>		
Retira de los brazos y las manos reloj, pulseras y anillos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uñas sin esmalte.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El largo de las uñas del trabajador es inferior a 0.5 Cm. Del lecho ungueal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abre la llave del agua y humedece las manos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplica suficiente jabón en sus manos, de acuerdo con instrucción del proveedor del producto.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpia las uñas de la mano izquierda con la uña del dedo índice derecho y viceversa.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restriega los lados de cada uno de los dedos, los espacios interdigitales y los dorsos y las palmas durante 2 minutos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



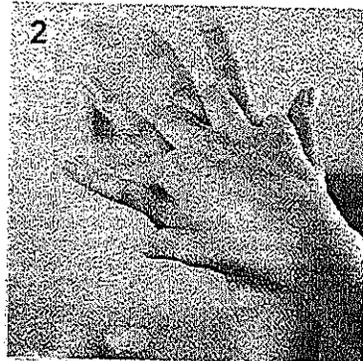
<p>Proceda a limpiar los brazos hasta el codo, manteniendo la mano más alta que el brazo en todo momento. Esto ayuda a evitar la contaminación de las manos por el agua y el jabón de los codos en las manos.</p>				/
<p>Lava cada lado del brazo desde la muñeca hasta el codo durante 1 minuto.</p>				/
<p>Repita el proceso en el otro brazo manteniendo siempre las manos levantadas. Si las manos tocan cualquier superficie en algún momento el frotado debe repetirse por 1 minuto sobre el área que ha sido contaminada.</p>				/
<p>Lava las manos y los brazos haciéndolos pasar por el agua en una sola dirección, desde los dedos hasta el codo. No mueve el brazo hacia atrás adelante a través del agua.</p>				/
<p>Ingresa a la sala de cirugías manteniendo las manos siempre levantadas.</p>				/
<p>Durante el procedimiento de lavado es cuidadoso de no salpicar agua sobre la ropa quirúrgica.</p>				/
<p>Una vez en el quirófano, las manos y los brazos deben secarse con una toalla estéril y una técnica aséptica antes de ponerse la bata y los guantes.</p>				/
<b>Lavado quirúrgico con alcohol glicerinado</b>				
<p>Pone aproximadamente 5 milímetros de alcohol glicerinado en la palma de la mano izquierda usando el codo del otro brazo para operar el dispensador.</p>				/
<p>Sumerge la yema de los dedos de la mano derecha en la palma de la mano izquierda para descontaminar el espacio entre la uñas. (5 segundos)</p>				/
<p>Frota la solución en el antebrazo derecho por encima de los codos asegurándose que toda la superficie de la piel ha sido cubierta usando movimientos circulares antes de que se evapore la solución. (15 segundos)</p>				/
<p>Pone aproximadamente 5 milímetros de alcohol glicerinado en la palma de la mano derecha usando el codo del otro brazo para operar el dispensador.</p>				/

<p>Sumerge la yema de los dedos de la mano izquierda en la palma de la mano derecha para descontaminar el espacio entre la uñas. (5 segundos)</p>		<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Frota la solución en el antebrazo izquierdo por encima de los codos asegurándose que toda la superficie de la piel ha sido cubierta usando movimientos circulares antes de que se evapore la solución. (15 segundos)</p>		<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Pone aproximadamente 5 milímetros de alcohol glicerinado en la palma de la mano izquierda usando el codo del otro brazo para operar el dispensador. Frota ambas manos arriba de las muñecas y se asegura de seguir los siguientes pasos.</p>		<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Frota la palma de las manos entre si</p>		<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa</p>		<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Frota la palma de las manos entre sí, con dedos entrelazados</p>		<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos</p>		<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa</p>		<input checked="" type="checkbox"/>

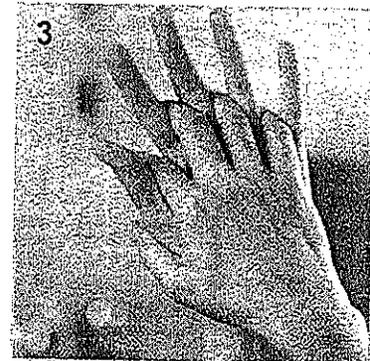
## TECNICA DE LAVADO CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA



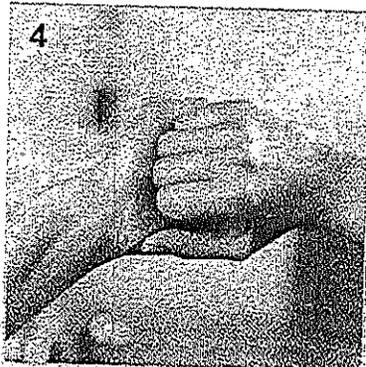
1  
Frotar muñecas y palma con palma.



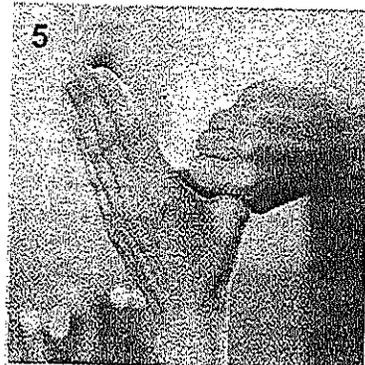
2  
Palma de mano derecha con dorso de mano izquierda y viceversa.



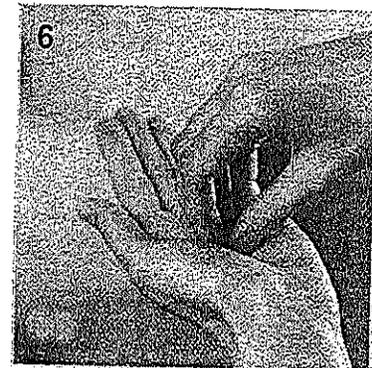
3  
Palma con palma con los dedos entrelazados.



4  
Dorso de los dedos contra palma opuesta, con los dedos entrelazados.



5  
Friccionar por rotación el pulgar izquierdo dentro de la palma derecha y viceversa.



6  
Con rotaciones, friccionar las yemas de los dedos unidos sobre la palma de la mano contraria y viceversa.

## INSPECCIÓN USO DE EPP FUNCIONARIOS DE OFTALMOLOGOS ASOCIADOS SAS

REALIZA LA INSPECCIÓN		CARLOS RAMIT CORDOBA CORTINA		
FECHA INSPECCIÓN		17/11/2020		
IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR	NOMBRE	CARGO	HALLAZGOS	FIRMA FUNCIONARIO
49.794.321	ANGELICA ARAMENDIZ ARGOTE	AUXILIAR FACTURACION	No. (o.k)	<i>Angelica Aramendiz</i>
49.761.940	AYISTER MENDOZA ACUÑA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	No. (o.k)	<i>Ayiz y</i>
73.009.095	VICTOR CASTRO GAMARRA	MEDICO OFTALMOLOGO	No (o.k)	<i>[Signature]</i>
79.601.344	FLAVIO PIÑERES SANDINO	MEDICO OFTALMOLOGO	No. (o.k)	<i>[Signature]</i>
1.065.631.097	CINDY GIL CORTES	GERENTE	No. (o.k)	<i>Cindy Gil C.</i>
49.759.486	HEYDIS PAULINA JACQUIN	EMFERMERA JEFE	No. (o.k)	<i>[Signature]</i>
1.065.608.466	HEYLI LORENA CALDERON DUARTE	AUXILIAR DE SIAU	Falta utilizar Careta No le entregaron monogafas	<i>[Signature]</i>
1.065.652.400	JESSICA CARRANZA ROSADO	AUXILIAR CALL CENTER	Manifiesta que le molestan las gafas.	<i>Jessica Carranza R.</i>
1.065.655.676	KAREN PAOLA MESTRE CAMARGO	AUXILIAR CALL CENTER	Manifiesta que le Aprietan las Gafas	<i>[Signature]</i>
1.082.065.166	JOSÉ PUELLO MOLINA	VIGILANTE	No usa Gafas ni Kepis	<i>[Signature]</i>
1.065.656.348	MARIA FERNANDA DE LA CRUZ VARON	ADMISIONISTA	Aduce que no los utiliza porque se enpañan.	<i>[Signature]</i>
1.065.651.698	MARIPAZ CABRERA ROSADO	OPTOMETRA	No. (o.k)	<i>[Signature]</i>
77.032.972	NEIL FLOREZ PIÑERES	AUXILIAR OPERATIVO	Falta utilizar Pantalla Facial	<i>[Signature]</i>

32.647.485	LUZ MARINA VERGARA I.	LÍDER CALIDAD		
1.003.244.588	NEYLI GALVIS SALAS	ADMISIONSTA		
1.065.591.381	NOHELIS MEJIA BUELVAS	INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	No utiliza sus gafas	
49.787.549	NOLVIS RODRIGUEZ RODRIGUEZ	REGENTE DE FARMACIA	No. (OK)	Nolvis Rodriguez
1.046.429.737	SANDRA MATTOS SERPA	AUXILIAR DE CAJA	le recomendaron usar lentes medicados	Sandra M. Mattos
1.065.813.013	SANDRID HINCAPIE PACHECO	AUXILIAR CALL CENTER	No utiliza las gafas	Sandrid Hincapie
373.985	YURELKYS SEISDEDOS BATISTA	OPERARIO OPTICA	No. (OK)	
68.298.807	YANETH RANGEL ROPERO	AUXILIAR SERVICIOS GENERALES	No. (OK)	Yaneth Rangel
77.192.244	YIMI SANGREGORIO HERNANDEZ	VIGILANTE	No. (OK)	Yimi Sangregorio
1.065.596.357	YULIETH HINCAPIE GIL	AUXILIAR DE MERCADEO	No. (OK)	Yulieith HC
85.165.751	CRISTOBAL MORENO CANTILLO	SOPORTE TÉCNICO	No. (OK)	
1.003.115.720	YURLEY PAOLA LAGUNA CORREA	LIDER DE CARTERA		
1.065.600.758	ANA MARIA VALLE VARÓN	ASESORA ÓPTICA	Usa lente Medicado Falta usar Gorro	
49.782.494	ALIRIS GALVÁN FUENTES	ADMISIÓN	Usa lentes Medicado.	
15.173.698	CARLOS GUEVARA CARRILLO	CONTADOR	No. (OK)	
1.003.315.940	CHELSEY RINCÓN FLORES	PRACTICANTE	No. (OK)	Shelsy Rincón Flores
1065640216	Shirly Barraza	Óptica	Entregarle E.P.P.	Shirly Barraza

		<b>LISTA DE CHEQUEO PARA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES SINTOMÁTICO RESPIRATORIO Y SOSPECHA COVID – 19</b>		CODIGO: OA-R-198 VERSION: 2 FECHA: 23-04-2020	
<b>Nombre:</b> AVILA PADRO ALFONSO PASTOR		<b>Identificación:</b> 18932289		Temperatura: 36,7	
		<b>Realice las siguientes preguntas</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Ultimamente ha presentado alguno de los siguientes síntomas:</b>	¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? Fiebre > 38 °C		X		
	Tos, dolor de garganta, malestar general?		X		
	Tiene o ha tenido en los últimos 14 días, diarrea u otras molestias digestivas?		X		
	¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días?		X		
	Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?		X		
	Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de Covid-19?		X		
Ha presentado la enfermedad de Covid-19			X		
Declaro que la información consignada en este formulario, es veraz y admito que cualquier omisión o inexactitud es mi responsabilidad como paciente.					

		<b>LISTA DE CHEQUEO PARA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES SINTOMÁTICO RESPIRATORIO Y SOSPECHA COVID – 19</b>		CODIGO: OA-R-198 VERSION: 2 FECHA: 23-04-2020	
<b>Nombre:</b> DAZA CUADRO GLENIA LEONOR		<b>Identificación:</b> 36570867		Temperatura: 35,9	
		<b>Realice las siguientes preguntas</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Ultimamente ha presentado alguno de los siguientes síntomas:</b>	¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? Fiebre > 38 °C		X		
	Tos, dolor de garganta, malestar general?		X		
	Tiene o ha tenido en los últimos 14 días, diarrea u otras molestias digestivas?		X		
	¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días?		X		
	Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?		X		
	Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de Covid-19?		X		
Ha presentado la enfermedad de Covid-19			X		
Declaro que la información consignada en este formulario, es veraz y admito que cualquier omisión o inexactitud es mi responsabilidad como paciente.					

27 Noviembre 2020

		<b>LISTA DE CHEQUEO PARA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES SINTOMÁTICO RESPIRATORIO Y SOSPECHA COVID – 19</b>			CODIGO: OA-R-198 VERSION: 2 FECHA: 23-04-2020	
<b>Nombre:</b>	NELKYS GARCIA			<b>Visitante:</b>	Acompañante: X	
<b>Identificación:</b>	49781282			Temperatura: 36.0		
<b>Realice las siguientes preguntas</b>				<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Ultimamente ha presentado alguno de los siguientes síntomas:</b>	¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? Fiebre > 38 °C				X	
	Tos, dolor de garganta, malestar general?				X	
	Tiene o ha tenido en los últimos 14 días, diarrea u otras molestias digestivas?				X	
	¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días?				X	
	Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?				X	
	Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de Covid-19?				X	
Ha presentado la enfermedad de Covid-19				X		
Declaro que la información consignada en este formulario, es veraz y admito que cualquier omisión o inexactitud es mi responsabilidad como paciente.						

		<b>LISTA DE CHEQUEO PARA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES SINTOMÁTICO RESPIRATORIO Y SOSPECHA COVID – 19</b>			CODIGO: OA-R-198 VERSION: 2 FECHA: 23-04-2020	
<b>Nombre:</b>	CARLOS MARIO RIOS			<b>Visitante:</b> X	Acompañante:	
<b>Identificación:</b>	72135039			Temperatura: 36.2		
<b>Realice las siguientes preguntas</b>				<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Ultimamente ha presentado alguno de los siguientes síntomas:</b>	¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? Fiebre > 38 °C				X	
	Tos, dolor de garganta, malestar general?				X	
	Tiene o ha tenido en los últimos 14 días, diarrea u otras molestias digestivas?				X	
	¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días?				X	
	Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?				X	
	Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de Covid-19?				X	
Ha presentado la enfermedad de Covid-19				X		
Declaro que la información consignada en este formulario, es veraz y admito que cualquier omisión o inexactitud es mi responsabilidad como paciente.						

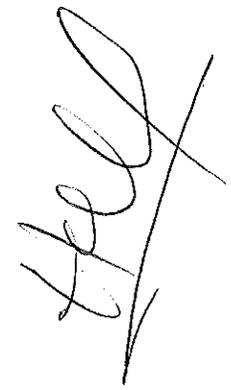
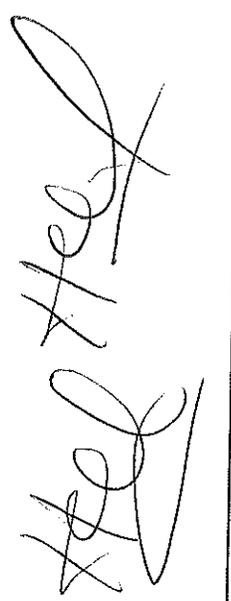
A Noviembre 2020

## ENCUESTA DE SINTOMAS DEL COVID - 19 PARA EMPLEADOS

Código: OA-R-201

Versión: 1

Fecha: 12/05/2020

Fecha	Nombre	Identificación	Control temperatura $\pm$ 37,5°		Presenta síntomas como tos seca, dificultad respiratoria, fatiga, dolor de garganta?			Ha tenido contacto con personas sospechosas con COVID 19?		Datos de quien realiza la encuesta
			Ingreso	Salida	SI	NO	¿Cuál?	SI	NO	Nombre
			TEMPERATURA	TEMPERATURA						
27-nov-20	Aliris Galvan Fuentes	49782494	35.9	36.0		X				 
	Ana María Valle Varon	1065600758	36.0	36.0		X				
	Angelica Aramendiz	49794321	35.7	35.0		X				
	Ayister Mendoza Acuña	49761940	36.1	35.7		X				
	Carlos Cordoba	77027324	35.5	35.3		X				
	Carlos Guevara		36.0	36.0		X				
	Cindy Gil Cortes	1065631097	36.4	36.0		X				
	Cristobal Moreno	85165751	36.2	36.0		X				
	Dr Flavio Piñeres Grimaldi	17085144	NA	NA		NA				
	Dr Flavio Piñeres Sandino	79601344	36.0	35.0		X				
	Dr Marypaz Cabrera	1065651698	36.0	35.9		X				
	Dr Rafael De La Hoz Valle	7782020	35.0	36.3		X				
	Dr Victor Castro Gamarra	73009095	36.6	36.0		X				
	Heydis Paulina Jacquin	49759486	35.0	35.2		X				
	Heyli Lorena Calderon	1065608466	36.1	35.9		X				
	Javier Rueda		36.0	35.0		X				
	Jessica Carranza Rosado	1065652400	36.0	36.0		X				
	Karen Paola Mestre	1065655676	36.0	36.0		X				
	Luz Marina Vergara	32647485	NA	35.6		NA				
	María Fernanda De la Cruz	1065656348	35.5	36.0		X				
	Neil Florez Piñeres	77032972	36.4	36.0		X				
	Neyli Galvis Salas	1003244588	36.3	36.0		X				
	Nohelis Mejia Buelvas	1065591381	35.0	36.0		X				
	Nolvis Rodriguez	49787549	36.7	35.0		X				
	Sandra Mattos Serpa	1046429737	36.0	36.6		X				
	Sandrid Hincapie Pacheco	1065813013	36.0	35.0		X				
	Shelsy Rincon	1003315941	36.0	36.1		X				
	Yaneth Rangel Roperro	68298807	35.6	36.0		X				
	Yimi Sangregorio	77192244	36.0	36.0		X				
	Yulieth Hincapié Gil	1065596357	36.0	36.0		X				
Yurelkys Seisdedos Batista	373985	35.6	36.0		X					
Yurley Laguna Correa	1003115720	NA	NA		NA					

## ENCUESTA DE SINTOMAS DEL COVID - 19 PARA EMPLEADOS

Código: OA-R-201

Versión: 1

Fecha: 12/05/2020

Fecha	Nombre	Identificación	Control temperatura $\pm 37,5^\circ$		Presenta síntomas como tos seca, dificultad respiratoria, fatiga, dolor de garganta?			Ha tenido contacto con personas sospechosas con COVID 19?		Datos de quien realiza la encuesta	
			Ingreso	Salida	SI	NO	¿Cuál?	SI	NO	Nombre	
			TEMPERATURA	TEMPERATURA							
	Aliris Galvan Fuentes	49782494	35.4	36.5		X			X		
	Ana Maria Valle Varon	1065600758	36.4	35.0		X			X		
	Angelica Aramendiz	49794321	35.0	35.6		X			X		
	Ayister Mendoza Acuña	49761940	35.6	36.2		X			X		
	Carlos Cordoba	77027324	35.5	35.3		X			X		
	Carlos Guevara		35.0	35.0		X			X		
	Cindy Gil Cortes	1065631097	36.1	35.4		X			X		
	Cristobal Moreno	85165751	35.8	35.6		X			X		
	Dr Flavio Piñeres Grimaldi	17085144	NA	NA		NA			NA		
	Dr Flavio Piñeres Sandino	79601344	36.3	35.4		X			X		
	Dr Marypaz Cabrera	1065651698	36.0	36.0		X			X		
	Dr Rafael De La Hoz Valle	7782020	35.6	35.0		X			X		
	Dr Victor Castro Gamarra	73009095	35.5	35.6		X			X		
	Heydis Paulina Jacquin	49759486	36.3	36.0		X			X		
	Heyli Lorena Calderon	1065608466	35.8	35.6		X			X		
	Javier Rueda		35.4	35.0		X			X		
	Jessica Carranza Rosado	1065652400	36.0	35.6		X			X		
	Karen Paola Mestre	1065655676	35.0	35.4		X			X		
	Luz Marina Vergara	32647485	36.3	35.0		X			X		
	Maria Fernanda De la Cruz	1065656348	35.8	36.5		X			X		
	Neil Florez Piñeres	77032972	36.0	35.4		X			X		
	Neyli Galvis Salas	1003244588	35.5	36.4		X			X		
	Nohelis Mejia Buelvas	1065591381	35.8	35.0		X			X		
	Nolvis Rodriguez	49787549	35.1	35.6		X			X		
	Sandra Mattos Serpa	1046429737	35.0	36.1		X			X		
	Sandrid Hincapie Pacheco	1065813013	35.0	35.0		X			X		
	Shelsy Rincon	1003315941	36.2	36.1		X			X		
	Yaneth Rangel Ropero	68298807	35.5	35.8		X			X		
	Yimi Sangregorio	77192244	35.6	36.0		X			X		
	Yulieth Hincapié Gil	1065596357	36.3	36.3		X			X		
	Yurelkys Seisdedos Batista	373985	36.5	36.3		X			X		
	Yurley Laguna Correa	1003115720	NA	NA		NA			NA		



CIRUGIA GENERAL/COLOGIA PERIY VITALE

ACTA DE ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

CODIGO: OA-R-195  
FECHA: 28-04-2020

VERSION 1

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AL CUAL SE ENTREGA EL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	EPP ENTREGADO										FECHA DE ENTREGA	FIRMA RECIBIDO	
		BIOSEGURIDAD GAFAS	BATA MANGA LARGA	REUTILIZABLE TAPABOCAS	CARETA	OVEROL	MASCARILLA	MASCARILLA	MASCARILLA	MASCARILLA	MASCARILLA			GUANTES DE NITRIL
Dr. Flaviopina S. Katinologo	Katinologo			1									27-11-20	[Signature]
Heidy Paulina Jofre	Enfermera			1									27-11-20	x Heidy
Asister Mendoza	Aux Enfermera			1									27-11-20	x Asister Mendoza
Nobelis Mejia	Enfermera			1									27-11-20	x Nobelis Mejia
Dr. Rafael de la Cruz	Enfermera			1									27-11-20	x Rafael

RESPONSABLE DE LA ENTREGA DEL EPP

NOMBRE: Nobelis Rodriguez CC: 49787544

CARGO: Regente de Farmacia FIRMA: [Signature]

NOTA: SE REALIZA ENTREGA A LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DE DOS TAPABOCAS REUTILIZABLES EN TELA RESISTENTE PARA USO DE SEIS MESAS; ADEMÁS SE INFORMA QUE LA IPS, DISPONE DE MASCARILLAS QUIRURGICAS DESECHABLES PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL PARA DOTACION DE CX PROGRAMADAS Y ESTUDIOS. LAS CARETAS Y LAS GAFAS DE BIOSEGURIDAD SE HACE REPOSICION CUANDO SEAN REQUERIDAD.



ACTA DE ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

CODIGO: OA-R-195  
FECHA: 28-01-2020  
VERSION 1

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AL CUAL SE ENTREGA EL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	EPP ENTREGADO										FECHA DE ENTREGA	FIRMA RECIBIDO
		B I O S E G U R I D A D	B A T A M A N G A	R E U T I L I Z A B L E	C A R E T A	O V E R O L	M A S C A R I L L A	M A S C A R I L L A - N	G O R R O S	G U A N O T E S U N I C I A D A J A D			
Dr. Flavio Pineros	Definido		1				1		1	1		26-11-20	[Firma]
Yaneth Rangel	Servicios General		1				1		1	1		26-11-20	Yaneth Rangel
[Firma]	Anestesiologo		1				1		1	1		26-11-20	[Firma]
Nohelis Rodriguez	Regente Farmacia						1					26-11-20	[Firma]
Nohelis Mejia	Asistencial			1								26-11-20	Nohelis Mejia
Ayler Mendez	Asistencial			1								26-11-20	Ayler Mendez
Carolina Rengifo G	Admisión						1					26-11-20	[Firma]
Heidy Paulino	Asistencial			1								26-11-20	[Firma]
Dr. Rafael de la Haza	Oftalmologo			1								26-11-20	[Firma]

RESPONSABLE DE LA ENTREGA DEL EPP

NOMBRE: Nohelis Rodriguez CC: 49.787.541  
 CARGO: Regente de farmacia FIRMA: [Firma]

NOTA: SE REALIZA ENTREGA A LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DE DOS TAPABOCAS REUTILIZABLES EN TELA RESISTENTE PARA USO DE SEIS MESES; ADEMÁS SE INFORMA QUE LA IPS, DISPONE DE MASCARILLAS QUIRURGICAS DESECHABLES PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL PARA DOTACION DE CX PROGRAMADAS Y ESTUDIOS. LAS CARETAS Y LAS GAFAS DE BIOSEGURIDAD SE HACE REPOSICION CUANDO SEAN REQUERIDAD.



ACTA DE ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

CODIGO: OA-R-195  
FECHA: 28-04-2020  
VERSION 1

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AL CUAL SE ENTREGA EL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	EPP ENTREGADO										FECHA DE ENTREGA	FIRMA RECIBIDO
		BIOSEGURIDAD GAFAS	BATA MANGA LARGA	REUTILIZABLES TAPABOCAS	CARETA	OVEROL	MASCARILLA	GUANTES	GORROS	GUANTES	GUANTES		
Dr. Flavio Pinederos	Retinólogo		1				1	1	1			20-11-20	[Firma]
Dr. Victor Castro	Oftalmólogo		1									20-11-20	[Firma]
Alfonso Mejía	Instrumentista		1				1	1	1			20-11-20	[Firma]
Aleida Paulina Bucarín	Enfermera jefe		1				1	1	1			20-11-20	[Firma]
Ayler Mendoza	Aux. Enfermería		1				1	1	1			20-11-20	[Firma]
Dr. Rafael de la Hoz	Oftalmólogo		1				1	1	1			20-11-20	[Firma]
MARIPAZ CABRERA	Optómetra		1				1	1				20-11-20	[Firma]
Shelsy Rincon	Aspirandiz						1					20-11-20	Shelsy Rincon
Yuneth Rungel	Servicio General		1									20-11-20	Yuneth Rungel

RESPONSABLE DE LA ENTREGA DEL EPP

NOMBRE: Alfonso Padriquet CC: 49.787.549  
 CARGO: Regente de Farmacia FIRMA: [Firma]

NOTA: SE REALIZA ENTREGA A LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DE DOS TAPABOCAS REUTILIZABLES EN TELA RESISTENTE PARA USO DE SEIS MESES; ADEMÁS SE INFORMA QUE LA IPS, DISPONE DE MASCARILLAS QUIRURGICAS DESECHABLES PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL PARA DOTACION DE CX PROGRAMADAS Y ESTUDIOS. LAS CARETAS Y LAS GAFAS DE BIOSEGURIDAD SE HACE REPOSICION CUANDO SEAN REQUERIDAD.



CLÍNICA OFTALMOLÓGICA RETINA Y VITREO

## SEGUIMIENTO AL PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

CODIGO: OA-R-204

VERSION 1

FECHA: 7/05/2020

PAGINA 1 DE 2

Mes: Noviembre Año: 2020

		Limpieza y desinfección de SUPERFICIES (Mesas/ Escritorios)																														
Actividades a desarrollar	Responsable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Limpieza de superficie con Alcohol Antiséptico 70 % de manera recurrente	Médicos, Enfermeras, Personal Administrativo			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X
Pasar Limpión seco y limpio				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X

		Limpieza y desinfección de SUPERFICIES Mesón del Area de Recepción)																														
Actividades a desarrollar	Responsable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Desinfección con solución de hipoclorito 0.5 %, de manera recurrente, entre un paciente y otro.	Recepcionista			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X
Pasar Limpión limpio y seco				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X

		Limpieza y desinfección de SILLAS (AREA DE RECEPCION)																														
Actividades a desarrollar	Responsable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Desinfección con solución de hipoclorito 0.5 %, de manera recurrente, entre un paciente y otro.	Auxiliar Administrativo			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X
Limpieza semanal con Amonio cuaternario al 10 %				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X
Pasar Limpión limpio y húmedo				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X

		Limpieza y desinfección EQUIPOS BIOMEDICOS																														
Actividades a desarrollar	Responsable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Limpieza de Equipos Biomédicos según Protocolo establecido	Médicos, Enfermeras Instrumentadora Quirúrgica			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X
Pasar Limpión seco y limpio				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X



## SEGUIMIENTO AL PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

CODIGO: OA-R-204

VERSION 1

FECHA: 7/05/2020

PAGINA 2 DE 2

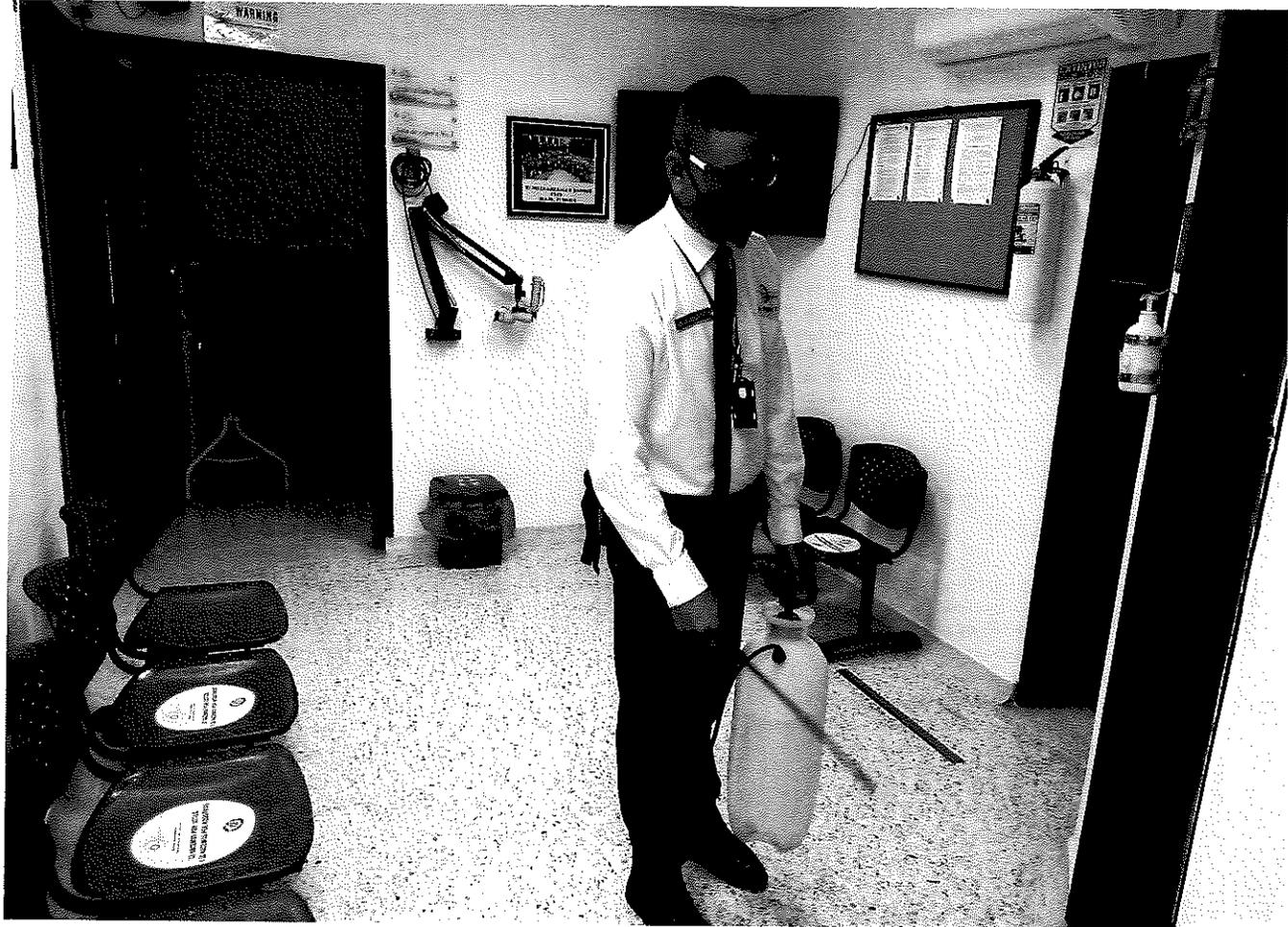
Mes: Noviembre Año: 2020

		Limpieza y desinfección de PISOS																															
Actividades a desarrollar	Responsable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Limpieza semanal con agua y jabón				X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X												
Limpieza semanal con Amonio cuaternario al 10 %				X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X	
Desinfección con solución de hipoclorito 0.5 %, DOS VECES DIARIA (M Y T)	Servicios Generales			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X	
		Limpieza y desinfección de PAREDES Y VENTANAS																															
Limpieza semanal con agua y jabón				X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X		
Limpieza semanal con Amonio cuaternario al 10 %	Servicios Generales			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X		
Desinfección con solución de hipoclorito 0.5 % semanal				X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X		
Pasar Limpión limpio y húmedo				X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X		
		Limpieza y desinfección de BARANDAS, MANIJAS DE PUERTAS																															
Limpieza semanal con agua y jabón				X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X		
Limpieza semanal con Amonio cuaternario al 10 %	Servicios Generales			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X		
Desinfección con solución de hipoclorito 0.5 %, DOS VECES DIARIA (M Y T)				X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X		

Nombre: Aster Mendoza Acuña Firma: APZ ef.

Cargo: Auxiliar Enfermera  
 Responsable seguimiento al Protocolo de la limpieza y desinfección







**INSPECCION EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE**

CODIGO: OA-R-150  
VERSION 1  
FECHA: 28-09-17

**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  Sede Temporal N/A.  
 Fecha de realización de la inspección 17-11-2020 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 cumpl	No aplica	
<b>CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO</b>					
Se observa organización y aseo en las áreas de trabajo (cada cosa en su lugar)	/	/			
Se observa organización y aseo en los baños	/	/			
Existe adecuado manejo de basuras/desechos/residuos en el área	/	/			
Se observa limpieza de equipos/implementos	/	/			
<b>CONDICIONES LOCATIVAS</b>					
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		/			Mejorar iluminación
<b>CONDICIONES DE ERGONOMIA/BIOMECANICA</b>					
La posición del monitor es adecuada	/	/			
La altura del monitor es igual a la de los ojos	/	/			
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		/			Cambiar silla puesto Farmacia.
Se ejecuta de forma correcta la manipulación de cargas y movimientos que exijan una actividad física dentro de la ejecución de las tareas	/	/			N/A.
<b>CONDICIONES MECANICAS</b>					
Se observa adecuado almacenamiento de implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otros	/	/			
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	/	/			
<b>CONDICIONES FISICAS</b>					
Existe buena iluminación natural / artificial	/	/			
Existe buena ventilación / aireación	/	/			
Existe confort auditivo	/	/			
Existe confort térmico	/	/			

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  Sede Temporal

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 cumpl	No aplica	
<b>CONDICIONES ELÉCTRICAS</b>					
No existen conexiones sobrecargadas (tomas sobrecargadas)	/				
Los cables están en buen estado y no sueltos por el piso	/				
Las tomas e interruptores están en buen estado	/				
Existe línea o polo a tierra	/				
<b>SANEAMIENTO BASICO</b>					
Se cuenta con un buen manejo de separación de basuras (almacenamiento y disposición final de los residuos adecuado)	/				Puntos Ecológicos Fumigación
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).	/				
<b>CONDICIONES DE LOS EXTINTORES</b>					
Existen extintores en el área revisada. (Enuncie la cantidad)	/				7
Capacidad del extintor en el área revisada	/				
Esta ubicado de forma visible y accesible	/				
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	/				
Posterior al ser usado en una emergencia o al vencimiento de su carga, fue recargado	/				

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  Sede Temporal

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 cumpl	No aplica	
<b>CONDICIONES DEL BOTIQUIN, GABINETES Y OTROS ELEMENTOS PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS</b>					
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)	/				
El botiquín cuenta con la dotación permitida (NO incluye medicamentos)	/				
Se tiene una camilla adecuada para asistir en caso de emergencias	/				Dos Camillas
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.	/				Dos Gabinetes
Los gabinetes contra incendios se encuentran en buen estado de funcionamiento y debidamente señalizados	/				en piso y uno en el sótano.
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.	/				celulares.
<b>INSPECCIÓN DE RECURSOS ANTE UNA EMERGENCIA</b>					
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)	/				Reactivar.
El jefe de brigada y demás miembros son conocidos por el personal	/				
Los integrantes de la brigada conocen sus responsabilidades específicas ante una emergencia	/				Reactivar
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	/				
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	/				

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  Sede Temporal

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 cumpl	No aplica	
Están disponibles y visibles las fichas de seguridad de las sustancias peligrosas para las personas que las manipulan.	<input checked="" type="checkbox"/>				Personal Ser. Generales
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.	<input checked="" type="checkbox"/>				
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.	<input checked="" type="checkbox"/>				
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.	<input checked="" type="checkbox"/>				
El personal de la brigada ha recibido entrenamiento y capacitación en temas de prevención y control de emergencias	<input checked="" type="checkbox"/>				Reactivar Pandemia
Se han realizado simulacros y se tienen registros de este.			<input checked="" type="checkbox"/>		
Se han tomado acciones posteriores a la realización de simulacros	<input checked="" type="checkbox"/>				

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  Sede Temporal

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 cumpl	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.	/				
<b>ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO</b>					
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)	/				dos personas
Personal retirado (Indicar en las observaciones el número del personal retirado en el periodo de análisis y si recibió carta para exámenes de retiro)	/				una persona.
Se realizaron las evaluaciones de desempeño correspondientes al período evaluado	/		/		
Registro de vacaciones actualizado	/				
Se realizaron las capacitaciones programadas del sistema SSTA para el periodo evaluado	/				
Se llevaron a cabo las actividades de Bienestar programadas en el periodo evaluado	/				
<b>ENTORNO AMBIENTAL</b>					
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	/				Tanques Sanitarios Ahorradores
Uso de recipientes debidamente señalizados para el desecho de residuos, según aplique (reciclables, ordinarios,	/				
Se hace separación de desechos conforme al tipo de generación (orgánicos, papel, peligrosos)	/				
Existe un adecuado vertimiento de los residuos propios de las actividades ejecutadas por la empresa.	/			/	
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.	/				colocar
<b>ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL</b>					

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  Sede  Temporal

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 cumpl	No aplica	
Hay un ambiente organizacional propicio para ejecutar las labores y actividades, libre de alteración de las relaciones interpersonales		X			Tratar Comité Convivencia.
<b>HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, MEDICINA PREVENTIVA DE TRABAJO</b>					
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 periodo de análisis)	X				Dos personas.
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 periodo de análisis)	X				
Eventos presentados en el periodos de análisis (Indicar en la observaciones el numero de incidentes o accidentes reportados a la ARL presentados en el periodo de análisis)	X				N/O.
Capacitaciones realizadas (Indicar en las observaciones el numero de capacitaciones realizadas en el periodo de análisis)	X				3
Exámenes de ingreso realizados (indicar en las observaciones el numero de exámenes de ingreso realizados)					Próximo Trimestre.
Exámenes de egreso realizados (indicar en las observaciones el numero de exámenes de egreso realizados)	X				
Exámenes periódicos (indicar en las observaciones el número de exámenes periódicos realizados)	X				
<b>Si considera otras condiciones a inspeccionar regístre las a continuación</b>					

Elaboro la inspección: Carlos Córdoba C.  
Nombre y cargo

  
Firma

 CLINICA OFTALMOLOGICA RETINA Y VITREO	<b>OFTALMOLOGOS ASOCIADOS SAS</b>	CODIGO: VERSION 1 FECHA:
	ACTAS DE CONFORMACIÓN Y REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA	

## ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA

Acta No.            04

Día: 28

Mes: 11

Año: 2020

Lidera la reunión: FLAVIO PIÑERES SANDINO

Objetivos de la Reunión: Tratar temas relacionados con el clima y el acoso laboral de la empresa OFTALMOLOGOS ASOCIADOS SAS.

Listado de asistentes:

- CARLOS GUEVARA CARRILLO
- FLAVIO PIÑERES SANDINO
- ALIRIS GALVÁN FUENTES (suplente)
- CARLOS CÓRDOBA C.
- FUNCIONARIOS DE OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S

### DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 9:30 a.m. del día 28 de Noviembre de 2020 se reúnen en la sede principal de OFTALMOPIÑERES las personas que aparecen relacionadas en el anterior listado de asistentes para socializar los resultados en temas de acoso laboral pertinentes al trimestre anterior.

La reunión tuvo el siguiente desarrollo:

- ✓ El representante legal de la empresa, de los trabajadores, y el de SST realizan reunión para tratar temas relacionados con el clima laboral y la sana convivencia
- ✓ En esta misma reunión se hace manifestación por parte de los trabajadores de la empresa OFTALMOLOGOS ASOCIADOS SAS, que no se presentan actos que sean determinados como acoso sexual.
- ✓ Se realizará capacitación donde participan la líder de la gestión de Calidad, el Asesor financiero y el líder de SST como ponentes de temas relacionados con el clima laboral, la sana convivencia y el manejo inteligente de las emociones

 CLÍNICA OFTALMOLÓGICA RETINA Y VITREO	<b>OFTALMOLOGOS ASOCIADOS SAS</b>	CODIGO: VERSION 1 FECHA:
	ACTAS DE CONFORMACIÓN Y REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA	

- ✓ Se profundiza en este tema y se realiza taller con todos los funcionarios para mejorar las relaciones interpersonales entre ellos y consecuentemente mejorar todos los procesos

### COMPROMISOS

- ✓ El representante legal de la empresa se compromete a través de la gestión de calidad a socializar encuesta de medición de clima laboral a todos los funcionarios y verificar que cada uno de ellos la diligencia
- ✓ Medición de los resultados de la encuesta, socialización de los mismos y plan de acción como consecuencia de sus resultados
- ✓ Evitar conductas que atenten contra la sana convivencia y costumbres en OFTALMOLOGOS ASOCIADOS SAS.
- ✓ Velar por que se realicen las actividades tendientes a mantener un clima laboral libre de acoso incluidas en el plan anual de trabajo en SST, como charlas, capacitaciones, jornadas lúdicas, reuniones, atención a quejas.

APRUEBAN:


---

 FLAVIO PIÑERES SANDINO  
 Representante Legal


---

 CARLOS GUEVARA CARRILLO  
 Representante Trabajadores

VALLEDUPAR, 23 DE NOVIEMBRE DE 2020

DE

CARLOS CÓRDOBA CORTINA

Coordinador de SST IPS OFTALMOPÍÑERES SAS

PARA

CINDY GIL CORTES

Representante legal IPS OFTALMOPÍÑERES SAS

**ASUNTO**

EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES PARA FUNCIONARIOS DE IPS OFTALMOPÍÑERES S.A.S, VIGENCIA 2020.

Apreciada Doctora, el presente oficio tiene como objetivo aclarar el motivo por el cual en el transcurso de este año no realizamos los exámenes médicos ocupacionales pertinentes al correspondiente periodo.

El motivo no es otro más que la "Emergencia Sanitaria" decretada por el gobierno nacional a través del Ministerio de Salud como mecanismo de prevención y control de la pandemia del covid-19.

Cabe resaltar, que desde el mes de marzo de este año se decretó esta emergencia y esto obligó a que las entidades que realizan exámenes médicos ocupacionales se vieran obligadas a cerrar sus puertas la mayor parte del año y a no poder prestar este servicio; esto también nos obliga como empresa cumplidora de las normas en Seguridad y Salud en el Trabajo a replantear la fecha de ejecución de los próximos exámenes y a tener que realizarlos en el primer trimestre del año 2021.

**NOTA**

Se realizaron pruebas para detección de covid-19 a todos los funcionarios de la IPS, como mecanismo de prevención ante el contagio y la propagación del virus.

**FIRMAN**



CINDY GIL CORTES

Representante legal



CARLOS CÓRDOBA CORTINA

Coordinador SST



Clínica Oftalmológica Refugio y Vireo

## CRONOGRAMA PARA LA IMPLEMENTACION DEL PAMEC 2020

CONDICION: OA-R-143  
 VERSION: 2  
 FECHA: 28-01-2019

N° PASOS DE LA RUTA CRITICA)	QUEN		CUANDO		DONDE	PORQUE	COMO
	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACION		INICIO	FIN			
1 AUTOEVALUACION	COMITÉ DE CALIDAD		20/03/2020	30/05/2020	OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S	Identificar los posibles problemas de calidad de la organización; realizando autoevaluación con base en los estándares de acreditación: Resolución 5095 de 2018	Contornar equipo para autoevaluación Estándares de acreditación Realizar evaluación cualitativa (fortalezas, oportunidades de mejora, soporte de las fortalezas) Realizar evaluación cuantitativa (calificación de estándares)
2 SELECCION DE PROCESOS DE MEJORAMIENTO	COMITÉ DE CALIDAD		1/06/2020	6/06/2020	OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S	Generar un listado de procesos como resultado de la autoevaluación y que sean factibles de intervenir de acuerdo a lo requerido por la institución. Se deben seleccionar los procesos que están influyendo en el no logro del estándar de acreditación o el resultado no deseado de los indicadores del sistema de información	Realizar inventario de procesos estratégicos, misionales y de apoyo. Listar los procesos de la organización Identificar a que procesos corresponden las oportunidades de mejora
3 PRIORIZACION DE PROCESOS	COMITÉ DE CALIDAD		8/06/2020	12/06/2020	OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S	Priorizar los procesos que tengan más relevancia e impacten directamente en la calidad de los servicios ofertados a los usuarios.	Aplicar metodología para realizar priorización de procesos (riesgos, costo y volumen) Generar el listado de las oportunidades de mejora priorizadas y los procesos responsables
4 PLAN DE MEJORA PARA PROCESOS SELECCIONADOS	COMITÉ DE CALIDAD		15/06/2020	26/06/2020	OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S	Elaborar e implementar un plan de mejoramiento que permita corregir las fallos de calidad detectados, buscando lograr la calidad esperada en la organización (lograr la disminución de la brecha entre calidad observada y calidad esperada). Además se planea definir de forma precisa los recursos necesarios, los plazos fijados para cada tarea y las especificaciones de lo que se desea lograr en cada actividad propuesta.	Analizar los resultados de la medición de los indicadores, de los informes de auditoría del seguimiento al plan para las oportunidades Realizar análisis causal que le permita a la institución identificar la causa raíz y eliminar los problemas de calidad Diseñar plan de acción con base a la metodología SW/HI
5 DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA	LIDER DE CALIDAD		29/08/2020	3/07/2020	OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S	Se define la calidad esperada para los procesos seleccionados, donde se quiere llegar, cuál es nuestra meta. Se busca tomar como referente las mejores prácticas que puedan identificarse y estén documentadas.	Capacitación al personal A partir de las oportunidades de mejora identificar las acciones para las oportunidades (mejoramiento de procesos, guías, manuales, protocolos, procedimientos, políticas) Definir con el equipo de trabajo los indicadores y metas pertinentes Diligenciar fichas técnicas de indicadores



Centro Oncológico Reina y Vique

## CRONOGRAMA PARA LA IMPLEMENTACION DEL PAMEC 2020

CODIGO: OA-R-143  
VERSION 2  
FECHA:28-01-2019

N°	QUE (RASOS DE LA RUTA CRITICA)	QUIEN		CUANDO		DONDE	PORQUE	COMO
		RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACION	INICIO	FIN				
6	MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	LIDER DE CALIDAD	6/07/2020	31/12/2020		OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S	Identificar la calidad observada, verificando en qué condiciones está la organización y en qué nivel de cumplimiento de la meta se encuentra, para esto se aplican procedimientos de auditoría y evaluar lo observado y comparar frente a lo esperado.	Medición y seguimiento a indicadores de acuerdo con lo establecido en las fichas técnicas Establecer procedimientos de auditoría programar auditorías Planificar auditorías Ejecutar auditorías Elaborar informe de auditoría Realizar seguimiento al plan generado a partir de las acciones para las oportunidades
7	EJECUTAR PLAN DE ACCION	LIDER DE CALIDAD	13/07/2020	31/12/2020		OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S	Generalizar la ejecución de las actividades planteadas en el plan de acción. Comunicar el plan trazado y los avances logrados a todos los funcionarios de la IPS y los usuarios, según los recursos de difusión disponibles.	Socializar el plan de acción al recurso humano de la IPS Capacitación y entrenamiento al personal Implementación del plan de acción
8	EVALUACION DE MEJORAMIENTO	LIDER DE CALIDAD	30/09/2020	31/12/2020		OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S	Verificar el cumplimiento y efectividad de las actividades ejecutadas por parte del equipo auditor, a demás se puede través de los comités	Seguimiento al plan Analizar y evaluar los resultados en comités Retroalimentación al personal Identificar brechas y tomar acciones Elaborar instrumentos tales como listas de chequeo para realizar autocontrol
9	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	LIDER DE CALIDAD	4/01/2021	8/01/2021		OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S	Desplegar y retroalimentar al interior de la institución la experiencia y socialización de los avances y contribuir en la Inteligencia de los logros obtenidos y por lo tanto, la estandarización de los procesos.	Capacitación al personal Toma de decisiones Estandarización de procesos Iniciar ciclos de mejoramiento Realizar nueva autoevaluación





## ENCUESTA PYMES ARL AXA COLPATRIA 2020

Nos gustaría conocer su opinión sobre su experiencia con los servicios de la ARL de AXA COLPATRIA.

Por favor permítanos unos minutos de su tiempo para conocer su opinión y generar acciones de mejora respondiendo las siguientes preguntas.

\* 1. Nombre de la Empresa afiliada a ARL AXA COLPATRIA

OFTALMOLOGOS ASOCIADOS SAS

2. Nombres y apellidos

CARLOS RAMIT CORDOBA CORTINA

\* 3. Por favor indiquenos con cuántas estrellas califica su percepción de la experiencia que ha tenido con los servicios de la

## ARL de AXA COLPATRIA?

Muy Insatisfecho      Insatisfecho      Neutral      Satisfecho      Muy Satisfecho

★      ★      ★      ★      ★

\* 4. ¿Qué tan probable es que recomiende la ARL de AXA COLPATRIA a otras empresas o colegas?

Nada probable      Extremadamente probable

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

\* 5. Por favor indíquenos cualquier aspecto o comentario que considere importante y que nos permitan entender mejor su calificación.

RETOMAR CIERTOS SERVICIOS DE MANERA PRESENCIAL

\* 6. En los últimos meses su empresa ha recibido algún servicio por parte del equipo de AXA Colpatría

✓ S

NO

\* 7. Ha recibido asesoría o acompañamiento por parte del asesor en prevención de AXA Colpatría.

SI

NO

\* 8. En general ha recibido respuesta oportuna a sus solicitudes, transacciones y requerimientos?

SI

NO

\* 9. En relación a la respuesta recibida de Axa Colpatría (Indique la respuesta que más se relacione a su caso):

Si tuvo respuesta efectiva de AXA Colpatría

Nunca recibí respuesta de AXA Colpatría o no fue efectiva

Por favor incluir sus comentarios que nos permitan entender mejor su respuesta.

**QUE LA EFECTIVIDAD SEA PERMANENTE**

**10. ¿Cómo califica la ATENCIÓN que recibe del asesor de prevención?**

	Deficiente	Regular	Aceptable	Bueno	Excelente
Servicio al cliente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Conocimiento técnico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asesoría en COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cumplimiento de compromisos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Presentación personal (Virtual- Presencial)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

**11. ¿Cómo califica usted los siguientes productos de AXA Colpatría para la gestión de sus riesgos laborales**

Lo conozco,  
No conozco pero nunca  
este producto  
lo he utilizado

Productos y  
asesoría Virtual  
disponibles en  
nuestra pagina  
web

Deficiente	Regular	Aceptable	Bueno	Excelente	No conozco, No conozco pero nunca este producto lo he utilizado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Plan integral de  
capacitación  
Axa Colpatría

Deficiente	Regular	Aceptable	Bueno	Excelente	No conozco, No conozco pero nunca este producto lo he utilizado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios para el  
manejo de la  
contingencia  
por COVID 19

Deficiente	Regular	Aceptable	Bueno	Excelente	No conozco, No conozco pero nunca este producto lo he utilizado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 12. ¿Cómo califica usted la atención recibida al momento de solicitar o recibir los siguientes servicios

Atención medica  
de Accidentes o  
enfermedades  
laborales o de  
casos laborales  
por COVID 19

Deficiente	Regular	Aceptable	Bueno	Excelente	No he recibido o utilizado este servicio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

No he recibido o utilizado este servicio

	Deficiente	Regular	Aceptable	Bueno	Excelente	No he recibido o utilizado este servicio
Pago de reembolsos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				
Autorizaciones médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompañamiento a reintegro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Línea 018000 AXA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. ¡Muchas gracias por compartir su opinión!**  
Atenderemos sus comentarios, para asegurarnos de brindarle siempre el mejor servicio posible en ARL AXA COLPATRIA.

Listo



CAPACITADOR: Carlos Córdoba Cortina LUGAR: Sede Principal  
 FECHA: 28-11-2020 HORA: 9:30 am  
 TEMA TRATADO: Tranca Convivencia y Manejo de las Emociones.

PARTICIPANTES		
NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Dandra Mattos Serpe	Auxiliar Caja	Dandra Mattos
Angélica Aranda	Fotografía	Angélica Aranda
Shesly Michel Aranda Flores	Apuentada	Shesly Aranda
Ana María Valle	SP FCO	Ana María Valle
Osvaldo Sotomayor		Osvaldo Sotomayor
Jimí Sangregorio H	Guarda de seguridad	Jimí Sangregorio H
Jessica Coronado Rosado	Call center	Jessica Coronado Rosado
Xuél Flores P.	Jefe de mantenimiento	Xuél Flores P.
MARIA F. DE LA CRUZ	ADMISIONES	MARIA F. DE LA CRUZ
Flavia Piñeres S	Oftalmología	Flavia Piñeres S
Juliech Hernández Gil	Aux. Comercial	Juliech Hernández Gil
Haydy Parra Jaquez	Enfermera Jefe	Haydy Parra Jaquez
Marilyn Oñate Pérez	admisiones	Marilyn Oñate Pérez
LORENA CAUDERO	STAO	LORENA CAUDERO

FIRMA DEL CAPACITADOR: \_\_\_\_\_

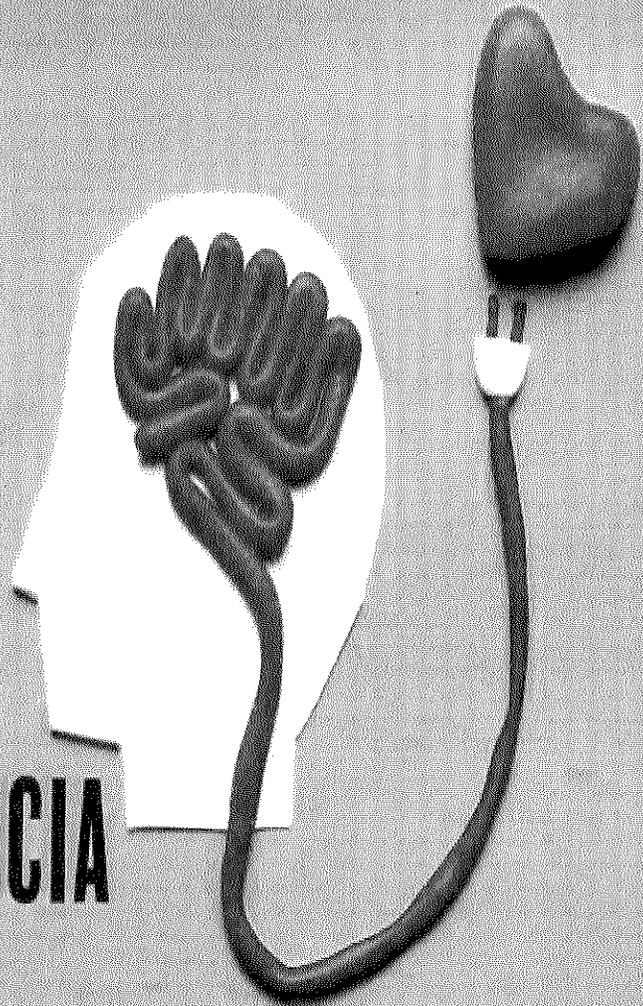


CAPACITADOR: Carlos Córdoba Cortina	LUGAR: Seda Principal
FECHA: 28-11-2020	HORA: 9:30 AM.
TEMA TRATADO: Salud Convivencia y Manejo de las Emociones	

PARTICIPANTES		
NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Jose Pablo Pardo M.	BOARDA DE SEGURIDAD	[Firma]
Alpis Calván	Admisiones	[Firma]
Ayister Murota	Auxiliar e	[Firma]
Nohelis Mejía Beltrán	Instrumentador Ocu	[Firma]
MARIPAZ OARNEA E.	Otorrinolaringología	[Firma]
Carolina Pengifo G.	Admisiones	[Firma]
Yaneth Fangel	Servicios Generales	Yaneth Fangel
Luz M. Vergara I.	Calidad	Luz Vergara I.
Karen Nieto	Call Center	[Firma]
Sandrid Hincapié	Call center	Sandrid H.
Alolvis Rodríguez	Farmacia	Alolvis Rodríguez

FIRMA DEL CAPACITADOR: 

**EL ÉXITO  
DEPENDE DE  
LA INTELIGENCIA  
EMOCIONAL**





## HOJA DE SEGURIDAD

### VAR SOL

#### SECCIÓN 1. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO QUÍMICO

Sinónimos: Solvente, nafta VMP, disolvente Stoddard, espíritu mineral.

Líquido incoloro claro con olor característico a petróleo.



#### SECCIÓN 2. IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

Líquido inflamable, peligro de incendio o explosión en presencia de calor, chispas o llamas. La inhalación de vapor a altas concentraciones puede causar vértigo y narcosis. El líquido puede producir irritación de la piel y los ojos. Puede absorberse por la piel. Peligro de aspiración si es ingerido. Posibles efectos retardados. Derivado del petróleo, puede contener compuestos cancerígenos como ingredientes o como impurezas.

#### SECCIÓN 3. COMPOSICIÓN, INFORMACIÓN SOBRE LOS COMPONENTES

Mezcla compleja de hidrocarburos entre C9 y C12, parafinas, cicloparafinas y aromáticos.

CAS [8052-41-3]

#### SECCIÓN 4. MEDIDAS DE PRIMEROS AUXILIOS

**Inhalación:** Retire la víctima de la fuente de exposición y llévela al aire fresco. Si no respira, despeje las vías respiratorias; provea resucitación cardiopulmonar si está capacitado para hacerlo. Evite el contacto directo boca a boca. Si la víctima respira con dificultad, personal capacitado debe administrar oxígeno con monitoreo posterior del afectado en forma continua. Obtenga atención médica de inmediato.

**Contacto con la piel:** Retire rápidamente el exceso del producto. Lave por completo el área contaminada con abundante agua preferiblemente tibia y jabón durante por lo menos 15 minutos. Debajo de la corriente de agua retire la ropa, zapatos y artículos de cuero que estén contaminados. No intente neutralizar con agentes químicos. Obtenga atención médica si persiste irritación.

**Ingestión:** Si la víctima está consciente, no convulsiona y puede ingerir líquido dele a beber dos vasos de agua lentamente.

**NO INDUZCA AL VÓMITO.** Si ocurre el vómito, mantenga la víctima inclinada para reducir el riesgo de aspiración, repita la administración de agua y observe si se presenta dificultad para respirar. Obtenga ayuda médica de inmediato.

**Contacto con los ojos:** Lave de inmediato en una estación lavaojos con abundante agua a baja presión y tibia preferiblemente, durante por lo menos 15 minutos. Durante el lavado separe los párpados para facilitar la penetración del agua. No intente neutralizar con agentes químicos o gotas sin la orden de un médico. Obtenga atención médica rápidamente.

#### SECCIÓN 5. MEDIDAS PARA EXTINCIÓN DE INCENDIOS

**Consideraciones especiales:** Líquido combustible. Puede formar mezclas explosivas a temperaturas iguales o superiores a su punto de inflamación. El líquido puede acumular cargas estáticas por transvase o agitación. Los vapores pueden desplazarse a nivel del suelo hasta una fuente de ignición y devolverse ardiendo hasta su lugar de origen. El líquido puede flotar sobre el agua hasta una fuente de ignición y regresar en llamas. El vertimiento del producto a desagües puede causar peligro de fuego o explosión. Produce gases tóxicos por combustión.

**Procedimiento:** Evacúe el área del incendio en 100 metros en todas direcciones. Si hay un contenedor o carro tanque involucrado, evacúe en 800 metros. Si hay fuga del producto, deténgala antes de intentar apagar el fuego, si puede hacerlo en forma segura. Enfíe los contenedores con agua en forma de rocío, y retírelos del fuego si puede hacerlo sin peligro. No introduzca agua a los contenedores. El agua puede ser inefectiva para extinguir el fuego, dado que el producto es insoluble. Aproxímese al fuego en la misma dirección del viento. Para incendios masivos utilice boquillas con soportes. Aléjese de los extremos de los contenedores.

Utilice equipo de respiración autocontenido. La ropa normal de bomberos proporciona protección limitada para este producto y sólo se recomienda para operaciones rápidas de entrada-salida en casos especiales.

**Medios de extinción apropiados:** **Fuegos pequeños:** dióxido de carbono, polvo químico seco, espuma regular.

**Fuegos grandes:** espuma, agua en forma de rocío o niebla. No use agua en forma de chorro.

**NFPA:** Salud 1; Inflamabilidad 2; Inestabilidad 0 (clasificación oficial según la NFPA).

#### SECCIÓN 6. MEDIDAS PARA ESCAPE ACCIDENTAL

Ubíquese en la dirección desde donde sopla el viento. Evite zonas bajas. Elimine toda fuente de ignición como llamas o chispas. Detenga o controle la fuga, si puede hacerlo sin peligro. Ventile la zona del derrame. No use palas metálicas.

**Derrames Pequeños:** Evacúe y aisle de 25 a 50 metros. Contenga el derrame con diques de poliuretano o calcetines especiales para aceites y absorba con absorbentes inertes como calcetines, almohadillas o tapetes para hidrocarburos, chemizorb o vermiculita.

**NO USE TIERRA, ARENA NI ASERRÍN.** Deposite los residuos en contenedores cerrados y marcados. Lave el área con agua y jabón. **Derrames Grandes:** Evacúe y aisle el área 300 metros en todas direcciones. Utilice agua en forma de rocío para enfriar y dispersar los vapores y proteger al personal. Evite que el material derramado caiga en fuentes de agua, desagües o espacios confinados. Para ello disponga de diques prefabricados. Contacte organismos de socorro.

**Vertimiento en agua:** Utilice absorbentes especiales tipo espagueti (boom) para retirar el hidrocarburo de la superficie.

**Absorbentes Recomendados:** Calcetines, Almohadas, Tapetes y booms.

#### SECCIÓN 7. MANEJO Y ALMACENAMIENTO

Evite toda fuente de ignición (chispas, llamas, calor, cigarrillos encendidos). Conecte a tierra contenedores y tuberías. Use sistemas a prueba de chispas y de explosión. Evite generar vapores o neblinas. Nunca realice operaciones de sifón con la boca. Nunca use este producto para lavarse manos o brazos. Lávese muy bien las manos después de su manipulación. Evite contacto con ojos, piel y ropa. Almacene bien cerrado en lugar bien ventilado, alejado de materiales incompatibles y calor. A temperatura ambiente (entre 15 y 25 °C). El almacenamiento de grandes cantidades debe ser en zona exterior. El almacenamiento interno debe hacerse en recinto estándar para líquidos inflamables. Señalice adecuadamente las áreas de almacenamiento y los contenedores.

**SECCIÓN 8. CONTROLES DE EXPOSICIÓN, PROTECCIÓN PERSONAL**

TWA: 100 ppm (ACGIH).

IDLH: 800 ppm

**Elementos de protección personal sugeridos:**>8hr: Nitrilo, Viton, 4H (Silver Shield).  
>4hr: Alcohol polivinílico (PVA).

Gafas de seguridad contra salpicaduras químicas.

De 50 a 1000 ppm: Respirador con cartucho para vapores orgánicos.  
> 1000 ppm: Equipo de respiración autocontenido.

&gt;8hr: Caucho de nitrilo.

Contacto prolongado o repetido: Viton.  
Riesgo leve o moderado de salpicaduras, traje en Tempo o Tychem.  
Riesgo alto, Tychem, CPF1 al 4, Responder, Reflector.

Ducha



Lavaojos.

**SECCIÓN 9. PROPIEDADES FÍSICAS Y QUÍMICAS**

Rango de ebullición: Inicial: 149°C; final: 208°C

Temperatura de inflamación: Mínimo 37.7°C (vaso cerrado)

Gravedad específica: 0,754-0,82 a 15,6°C (agua=1).

Densidad de vapor: 4.8 (aire=1).

Velocidad de evaporación: 0,1 (Acetato de butilo=1)

Temperatura de autoignición: 229°C.

Umbral de olor: < 1ppm (5 mg/m<sup>3</sup>).

Límites de explosividad: Inferior: 0.8% a 100°C. Superior: 6%

Solubilidad: Insoluble en agua (&lt;0.01% a 25°C). Soluble en toda s proporciones en la mayoría de solventes orgánicos.

**SECCIÓN 10. ESTABILIDAD Y REACTIVIDAD**

Estable en condiciones normales.

**Incompatibilidades:** Agentes oxidantes fuertes (como hipoclorito de sodio, ácidos fuertes, agua oxigenada, etc). No corrosivo a los metales.**Condiciones a evitar:** Evite descargas estáticas, chispas, llamas abiertas, calor y otras fuentes de ignición.**Productos de descomposición termica:** Monóxido de carbono, dióxido de carbono.**SECCIÓN 11. INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA****Inhalación:** Vapores o nieblas a concentraciones superiores a 1000 ppm causan irritación de los ojos y el tracto respiratorio, depresión del sistema nervioso central (SNC), dolor de cabeza, mareos, deterioro y fatiga intelectual, confusión, anestesia, somnolencia, pérdida de conciencia y posible muerte.**Contacto con la piel:** Baja toxicidad. Irritación. Contacto prolongado o frecuente puede producir irritación y salpullido (dermatitis).

Por ser desengrasante de la piel, su contacto puede agravar una condición de dermatitis existente.

Por contacto frecuente o prolongado, causa irritación. Por contacto prolongado con la ropa húmeda puede causar quemaduras, ampollas y dolor.

**Contacto con los ojos:** En forma de líquido, vapores, o nieblas produce irritación leve y temporal, pero no causa daños a los tejidos de los ojos.**Ingestión:** Toxicidad oral baja. Muy peligroso si es aspirado e ingresa por los pulmones, aún en pequeñas cantidades, lo cual puede ocurrir durante la ingestión o el vómito, pudiendo ocasionar daños pulmonares leves a severos, e incluso la muerte.**Efectos crónicos**Tras sobreexposiciones repetidas puede desarrollarse intoxicación crónica con solventes orgánicos, con síntomas como dolor de cabeza, mareos, pérdida de la memoria, cansancio, dolor en las articulaciones, disturbios del sueño, depresión, irritabilidad, náuseas. Esta afección es poco común. Se han reportado efectos sobre el hígado luego de exposiciones intensas y prolongadas. **Carcinogenicidad:** Como derivado del petróleo, puede contener ingredientes o impurezas de compuestos cancerígenos. No se han reportado efectos reproductivos, mutagénicos, teratogénicos, embriotóxicos o sinérgicos.**SECCIÓN 12. INFORMACIÓN ECOLÓGICA**

Tóxico para la vida acuática. No permita su entrada a desagües, ríos y otras fuentes de agua. Flota e impide la oxigenación de cuerpos de agua.

**SECCIÓN 13. CONSIDERACIONES SOBRE DISPOSICIÓN DEL PRODUCTO**

Reutilícelo o envíelo a incineración en un horno adecuado, que tenga Licencia Ambiental.

**SECCIÓN 14. INFORMACIÓN SOBRE TRANSPORTE**

La etiqueta del vehículo debe medir por lo menos 25 cm de lado y debe ser resistente a las condiciones ambientales.

Etiquete adecuadamente los contenedores o carrotanques y manténgalos cerrados. No lo transporte junto con productos explosivos (clase 1), gases tóxicos (2.3), sustancias oxidantes (5.1), peróxidos (5.2), sustancias tóxicas (6.1).

Apague el motor cuando cargue y descargue. No fume en el vehículo ni a menos de 7,5 metros. Conecte a tierra el carrotanque antes de transferir el producto a o desde el contenedor. Cierre y asegure manholes y válvulas, y verifique que éstas no tengan fugas.

**Clasificación de peligro según el Libro Naranja de la ONU: 3 - Líquido inflamable. (Ver reglamentación legal vigente)****SECCIÓN 15. INFORMACIÓN REGLAMENTARIA**

Sistema Globalmente Armonizado:

**Atención**  
Líquido y vapor inflamables**Atención**  
Nocivo por ingestión, contacto e inhalación

Líquido y vapor combustibles. Peligro de incendio o explosión

Posibles efectos cancerígenos, tóxico para organismos acuáticos, puede provocar a largo plazo efectos negativos en el medio ambiente acuático, nocivo, si se ingiere puede causar daño pulmonar, la exposición repetida puede provocar sequedad o formación de grietas en la piel.

Manténgase fuera del alcance de los niños, no tire los residuos por el desagüe, use indumentaria

y guantes de protección adecuados. Evite su liberación al medio ambiente, recábense instrucciones especiales de la hoja de seguridad.

En caso de ingestión no provocar el vómito, acúdase inmediatamente al médico y muéstrele la etiqueta o el envase.

**SECCIÓN 16. INFORMACIÓN ADICIONAL****BIBLIOGRAFÍA:**

1. NFPA, Fire protection guide to Hazardous Materials, 13a. Edición, 2002.
2. Forsberg, K., et al. Quick Selection Guide to Chemical Protective Clothing. 5a edición. Van Nostrand Reinhold, 2007.
3. Naciones Unidas. Recomendaciones para Transporte de Mercancías Peligrosas. 16 Edición. USA. 2009.
4. CCOHS. Base de datos MSDS ONLINE. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Canadá.
5. ACGIH. Threshold Limit Values for Chemical Substances (TLVs). USA. 2010.
6. Ministerio de Transporte. Decreto 1609 de 2002. Transporte de Mercancías Peligrosas por Carretera. Bogotá. MinTransporte. 2002.

FECHA DE EMISIÓN: Septiembre de 2010

VAR SOL

Los datos suministrados en esta ficha se basan en nuestro conocimiento actual. No representan una garantía sobre las propiedades de este producto. ARP SUR A no se hace responsable por el uso o interpretación particular que se le dé a esta información.