

FORMATO SEGUIMIENTO ENTIDADES DE SALUD Pag. 1

DIRECCIÓN TERRITORIAL	OPCIÓN DE RESPUESTA	RESPUESTA QUE SUMINISTRA POR LA ESE O LA EPS,
FECHA DEL INFORME	DD/MM/AA	10/07/2020
RAZON SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD	NOMBRE DE ESE / IPS	CLINICA MAICAO
No. TOTAL DE TRABAJADORES	CANTIDAD DE TRABAJADORES	394
ARL	NOMBRE DE LA ARL	SURA
ARL ASISTE A LA REUNION	SI / NO	SI
VERIFICADO POR EL COPASST	SI / NO	SI
FECHA DE REUNIÓN DEL COPASST	DD/MM/AA	03/07/2020
LINK DE PUBLICACION COPAS		https://www.clinicamaicao.com/plan-de-contingencia-frente-al-cov-
PORCENTAJE (%) DE CUMPLIMIENTO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	%	95%
Pregunta 1: ¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo con número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?	SI / NO	SI
Pregunta 2: ¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	SI / NO	SI
Pregunta 3: ¿A cuántos trabajadores les fueron entregados los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	DIRECTO N°	270
	INDIRECTO N°	55
	INTERMEDIO N°	71

FORMATO SEGUIMIENTO ENTIDADES DE SALUD Pag. 2

DIRECCIÓN TERRITORIAL	OPCIÓN DE RESPUESTA	RESPUESTA QUE SUMINISTRA POR LA SE O LA EPS,
Pregunta 4: ¿Los EPP se están entregando oportunamente?	SI / NO	SI
Pregunta 5: ¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	SI / NO	SI
Pregunta 6: ¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	SI / NO	SI
Pregunta 7: ¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	SI / NO	SI
¿Se acordaron acciones de mejora (preventivas o correctivas) que se deben implementar?	PREVENTIVA CORRECTIVA PREVENTIVAS Y CORECTIVAS NO	SI PREVENTIVA SI CORRECTIVA
¿Se están cumpliendo las acciones de mejora (preventivas / correctivas) acordadas?	SI / NO / PARCIALMENTE PERO EL RIESGO ES BAJO / PARCIALMENTE PERO EL RIESGO ES ALTO / NA.	SI, PARCIALMENTE PERO EL RIESGO ES ALTO

NOTA: En este documento se debe diligenciar cada uno de estos cuadros. La opción de respuesta que se encuentra en la segunda columna (resaltada con amarillo), la respuesta se debe colocar en la tercera columna. Este formato debe ser firmado por los miembros del Copas. El cual debe ser enviado a mi correo electrónico acaicedo@mintrabajo.gov.co , a más tardar el día viernes antes de mediodía, y al que se le debe adjuntar, copia del acta SEMANAL del Copas..

Cualquier duda pueden llamarme al teléfono 3113163028 AGUSTIN CAICEDO Inspector de Trabajo y S S de Maicao.

FIRMAN ASITENCIA A REUNION VIRTUAL A TRAVES DE LINK:
https://meet.google.com/tjj-fwrc-wdn

ANNIE AGUILAR ARGOTE: _____

DARLYS NAVARRO: _____

ALMA CERCHIARO: _____

LEEXTH OLIVERO: _____

Buenos Días.

Señores representantes de la E S E, I P S, y Miembros del Copas de estas entidades:

Con el fin de agilizar la información de seguimiento semanal al COPAS, solicitada mediante oficios radicado con el N°. 08SE2020744400100000705; y 08SE2020744400100000706 del 30 de abril de 2020. Le estoy remitiendo en documento adjunto formato de seguimiento a entidades de salud.

NOTA: En este documento se debe diligenciar cada uno de estos cuadros. La opción de respuesta que se encuentra en la segunda columna (resaltada con amarillo), la respuesta se debe colocar en la tercera columna. Este formato debe ser firmado por los miembros del Copas. El cual debe ser enviado a mi correo electrónico acaicedo@mintrabajo.gov.co , a más tardar el día viernes antes de mediodía, y al que se le debe adjuntar, copia del acta SEMANAL del Copas..

Cualquier duda pueden llamarme al teléfono 3113163028 AGUSTIN CAICEDO Inspector de Trabajo y S S de Maicao.