

CODIGO: TH-DE-001 | VERSION: | 01 | FECHA: | 30/11/2021

ACTA N° 11 -2021

OBJETIVO: REUNION ORDINARIA SGSST REPORTE COPASST MINTRABAJO

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA, PROCESO O ENTIDAD QUE ORGANIZA LA REUNION:

COORDINACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

LIDER DE LA REUNION: LIBIA ALEXANDRA TORRES GAITAN - PRESIDENTE DEL COMITÉ

COPASST: Dra. CLAUDIA LILIANA OSORIO OBANDO

| _ | RA PROGRAMADA: 8:30 AM A :9 :00 AM | | HORA DE INICIO: 8:30 AM | _ | RA DE Minación: Am |
|----|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----|--------------------------|
| N° | NOMBRE1 | CARGO | DEPENDENCIA O ENTIDAD | SI | ASISTE NO |
| 1 | Dra. CLAUDIA LILIANA OSORIO OBANDO | Directora Científica | Dirección Científica | | SI |
| 2 | DIANA CAROLINA GARRIDO BARRERA | Coordinadora de Calidad | Calidad | | SI |
| 3 | EDNA CRISTINA MORALES CARDONA | Tesorera | Tesorería | | SI |
| 4 | JOHANA KATHERINE OSORIO SANCHEZ | Comunicadora Organizacional | Comunicación | | SI |
| 5 | INGRID YALILE FERREIRA ARDILA | Coordinadora de Talento Humano | Talento Humano | | SI |
| 6 | LIBIA ALEXANDRA TORRES GAITAN | Coordinadora de SST | Seguridad y Salud en el Trabajo | | SI |
| 7 | SANDRA MILENA BARRIOS VARGAS | Asesora ARL SURA | ARL SURA | | SI |

ORDEN DEL DÍA

- 1. Verificación del quórum
- 2. Lectura y aprobación del orden del día
- 3. Revisión de compromisos anteriores
- 4. Análisis de resultados Cuestionario MINTRABAJO Verificación reporte
- 5. Observaciones y conclusiones
- Establecimiento de compromisos

DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM:

Verificado el QUORUM de acuerdo a la representación que se establece en CLINICA ASOTRAUMA SAS, para esta reunión se encontró que hay cumplimiento del mismo.



CODIGO: TH-DE-001 | VERSION: | 01 | FECHA: | 30/11/2021

2. LECTURA Y APROBACION DEL ORDEN DEL DIA: SE APRUEBA: X

3. REVISIÓN DE COMPROMISOS PENDIENTES:

| | Actividad | Responsable | Cumple | | Observaciones |
|----|---|--|--------|-----------------------|---|
| N° | | · | Si | NO Nueva fecha: | |
| 1 | Revisión de la utilización de elementos de protección personal | Libia Alexandra Torres Gaitán | SI | | Se realiza constantemente |
| 2 | Realización de rondas de inspección por todas las áreas con el personal de comité de obra | Libia Alexandra Torres Gaitán, Didier Anderson González | SI | | Se dejaron tareas de arreglo áreas locativas para el personal de mantenimiento y contratista de obra . |
| 3 | Accidentalidad | Libia Alexandra Torres Gaitán | SI | | En este mes tuvimos 3 accidentes laborales |

4. ANALISIS DE RESULTADOS CUESTIONARIO MINTRABAJO – VERIFICACION REPORTE

| | DATOS GENERALES | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| RAZON SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD | CLINICA ASOTRAUMA SAS | | | | |
| DIRECCIÓN FÍSICA DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD | CARRERA 4D NUMERO 32-34 B/ CADIZ | | | | |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA IPS (NÚMERO DE NIT O NÚMERO DE CC) | 800209891-7 | | | | |
| DEPARTAMENTO DEL DOMICILIO DE LA IPS | TOLIMA | | | | |
| MUNICIPIO DEL DOMICILIO DE LA IPS | IBAGUE | | | | |
| ZONA DE UBICACIÓN DE LA IPS | URBANA | | | | |



CODIGO: TH-DE-001 VERSION: 01 FECHA: 30/11/2021

| NIVEL DE LA IPS | ALTO |
|---|--|
| No. TOTAL, DE TRABAJADORES | 330 |
| ARL | ARL SURA |
| ARL ASISTE A REUNIÓN | SI |
| VERIFICADO POR EL COPASST | SI |
| FECHA DE REUNIÓN DEL COPASST | 30/11/2021 |
| ENLACE (ACTA PUBLICADA) | http://intranet.asotrauma.com.co/informe_copasst.php |
| Valor de EPP adquiridos por la IPS | \$11479000 |
| PORCENTAJE (%) DE CUMPLIMIENTO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD | 100% |

CUESTIONARIO

| PREGUNTA | REPORTE | JUSTIFICACION |
|--|---------|---|
| 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 | Se realiza mensualmente inventario de elementos de protección personal |

| PREGUNTA | REPORTE | JUSTIFICACION |
|--|---------|---|
| "Pregunta 2. | | |
| ¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social? " | SI | Se realiza revisión de fichas técnicas de los elementos de protección personal y revisión por parte de Dirección Científica y Copasst |



CODIGO: TH-DE-001 VERSION: 01 FECHA: 30/11/2021

| PREGUNTA | REPORTE | JUSTIFICACION |
|--|---------|--|
| "Pregunta 3. ¿A cuántos trabajadores DIRECTOS les fueron | | |
| entregados los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo?" | 330 | Se sigue haciendo entrega de elementos de protección personal requeridos en todos los servicios. |

| PREGUNTA | REPORTE | JUSTIFICACION |
|--|---------|---|
| "Pregunta 3.1 | | |
| ¿A cuántos trabajadores INDIRECTOS les fueron entregados los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo?" | 0 | Al personal de outsourcing le hace entrega de elementos de protección por parte de la empresa empleadora |

| PREGUNTA | REPORTE | JUSTIFICACION | |
|---|---------|--|--|
| "Pregunta 3.2 | | | |
| ¿A cuántos trabajadores INTERMEDIOS les fueron entregados los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo?" | | No contamos con trabajadores intermedios | |

| PREGUNTA | REPORTE | JUSTIFICACION |
|--|---------|--|
| "Pregunta 4. | | |
| | | |
| ¿Los EPP se están entregando oportunamente?" | | |
| | | Se realiza entrega en todos los turnos |
| | | de trabajo, además de realizar entrega |
| | Si | al personal administrativo. |



CODIGO: TH-DE-001 | VERSION: | 01 | FECHA: | 30/11/2021

| PREGUNTA | REPORTE | JUSTIFICACION |
|--|---------|--|
| "Pregunta 5. | | |
| ¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido? " | | |
| | | La empresa cuenta con stock suficiente para la entrega de estos elementos en |
| | Si | todos los turnos de trabajo. |

| PREGUNTA | REPORTE | JUSTIFICACION |
|---|---------|---|
| "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 | La empresa ha adquirido elementos de protección personal suficientes para tener un amplio stock |

| PREGUNTA | REPORTE | JUSTIFICACION |
|--|---------|---------------|
| "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? " | | |

| PLAN DE MEJORAMIENTO REPORTADO | | | |
|---|--|--|--|
| | | | |
| ¿Se acordaron acciones de mejora (preventivas o correctivas) que se deben implementar?" | Revisión constante de elementos de protección personal | | |
| ¿Se están cumpliendo las acciones de mejora (preventivas / correctivas) acordadas? | | | |
| | SI | | |



CODIGO: TH-DE-001 VERSION: 01 FECHA: 30/11/2021

| DATOS DEL REPORTE | | | | |
|--------------------------------------|------------|--|--|--|
| PERIODO DE REPORTE DE LA INSTITUCIÓN | | | | |
| | Noviombro | | | |
| , | Noviembre | | | |
| DÍA DE INICIO DEL REPORTE | | | | |
| | 01/11/2021 | | | |
| MES DE INICIO DEL PERIODO | | | | |
| | Noviembre | | | |
| AÑO DE INICIO DEL PERIODO | | | | |
| | 2021 | | | |
| DÍA DE CORTE DEL REPORTE | | | | |
| | 30 | | | |
| MES DE CORTE DEL PERIODO | | | | |
| | Noviembre | | | |
| AÑO DEL CORTE DE PERIODO | | | | |
| | 2021 | | | |

5. OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

- 1. Se realiza inspección de utilización de elementos de protección personal
- 2. Seguimiento a casos sospechosos de Covid 19 en el mes de Noviembre se han presentado casos de sospechosos pero ninguno confirmado
- 3. Revisión de necesidades de arreglos locativos en ronda con el personal que asiste a comité de Obra
- 4. Pausas activas 1 vez por semana en las áreas asistenciales y administrativas.

| 6. ESTABLECIMIENTO DE COMPROMISOS | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|--|---------------------|------------------|---|-------------------|-------------|---|-----|
| NIC | , | Actividad | | Respo | onsable | Fecl | ha Límite | Observacior | ies |
| N° Toursday | | | | | | | | | |
| 1 | u | Revisión de la tilización de elementos le protección personal | Libia Ale Torres | | Consta | nte | nte Ninguna | | |
| 2 | | Realización de roi inspección por todas con el coordina mantenimiento y per calidad. | dor de | Torres G | Anderson z | Constante | | Ninguna | |
| 3 | | Revisión de casos de s confirmación de sinto Covid 19 | • | Torres G Luis | Alexandra Gaitán Fernando z Acosta | Noviembre de 2021 | | Se realiza en el momento de casos sospechosos | |



CODIGO: TH-DE-001 VERSION: 01 FECHA: 30/11/2021

| Nombre y firma de quien preside la reunión | Nombre y firma de quien elabora e |
|--|-----------------------------------|
| acta | |