

**INFORME DE VISITA  
ASESOR DE PREVENCIÓN POR PROYECTO**

FECHA: 03/06/2021		HORA INICIO: 2:00 pm		HORA FIN: 3:00 pm		
<b>INFORMACIÓN DE LA EMPRESA CLIENTE</b>						
RAZON SOCIAL: HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL						
NIT: 891900441			CIUDAD VISITADA: ZARZAL			
<b>DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>						
N°	LINEA DE INTERVENCIÓN	PROGRAMA	COMPONENTE	ACTIVIDAD	TIEMPO EJECUTADO (HORAS)	
					Solicitada	Ejecutada (En la sesión programada)*
1	ACOMPAÑAMIENTO LEGAL Y DE GESTIÓN	SGSST – ILO Y RIESGO BIOLÓGICO COVID 19.	ESTANDARIZACIÓN	Acompañamiento de COPASST por solicitud del ministerio de trabajo.	1	1
2				Se realiza asesoría en reporte, investigación de enfermedad laboral y plan de acción frente a los contagios para prevenir próximos eventos.		
3				Se realiza revisión de medidas adoptadas por la empresa frente a la prevención del riesgo biológico.		
4				Se realiza asesoría en retorno seguro al trabajo, se indican recomendaciones que se debe realizar un programa de retorno seguro en compañía de medico laboral de la empresa, las personas con restricciones laborales se deben tener en cuenta para llevar a cabo esta restricciones o recomendaciones.		
5						
<b>REQUERIMIENTO</b>						
N°	DETALLE		RESPONSABLE		FECHA DE EJECUCIÓN DEL COMPROMISO	
1	VIDEOCONFERENCIA.		COLMENA SEGUROS	EMPRESA CLIENTE	FECHA: DIA - MES - AÑO	
2			COLMENA SEGUROS	EMPRESA CLIENTE	FECHA: DIA - MES - AÑO	
3			COLMENA SEGUROS	EMPRESA CLIENTE	FECHA: DIA - MES - AÑO	
<b>DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL DE PREVENCIÓN</b>						
NOMBRE:			CANTIDAD:			
<b>OTROS</b>						
<b>ASISTENTES</b>						
<b>CAMPO PARA FIRMA DEL FUNCIONARIO COLMENA SEGUROS</b>						
NOMBRE RESPONSABLE: MARTHA ELENA GONZÁLEZ PARDO			CARGO: ASESORA DE PREVENCIÓN POR PROYECTOS		FIRMA: 	
<b>CAMPO PARA DELIGENCIAR EL RESPONSABLE EN EMPRESA CLIENTE</b>						
NOMBRE RESPONSABLE: CLAUDIA MILENA VILLEGAS			CARGO: COORDINADORA SST		FIRMA: NO LA FIRMA EL CLIENTE ES VIDEOCONFERENCIA	