


**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<br>(En la sesión programada)* |
| 1   | ACOMPANAMIENTO 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:<br>MARTHA ELENA GONZÁLEZ PARDO              |                                   |  | CARGO:<br>ASESORA DE PREVENCIÓN POR PROYECTOS |   | FIRMA:<br> |   |
| <b>CAMPO PARA DELIGENCIAR EL RESPONSABLE EN EMPRESA CLIENTE</b> |                                   |  |   |   |   |   |
| NOMBRE RESPONSABLE:<br>CLAUDIA MILENA VILLEGAS                  |                                   |  | CARGO:<br>COORDINADORA SST                    |   | FIRMA:<br>NO LA FIRMA EL CLIENTE ES VIDEOCONFERENCIA  |   |