

	PROCESO: P5_3_Gestión_de_promoción_y_prevenición		Código:	MIS_5_3_2_FR39
			Clasificación:	Pública
			Versión:	1
			Fecha:	24/07/2019
FORMATO ACTA DE REUNIÓN ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO LABORAL				
Aprobó: Jorge Mauricio Contreras Garcia Gerente de Administración del Riesgo		Revisó: Luz Alba Carrillo Líder SIG Administración del Riesgo		Elaboró: Carmen Felipa Caselles Andres Leonardo Tovar Profesional Especializado

FECHA	DD	MM	AAAA	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	HORAS TOTALES
	21	8	2020	12:00 p. m.	1:00 p. m.	1 HORA

INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA						
RAZÓN SOCIAL			DEJANDO HUELLA FERTILIDAD SAS			
NIT	X	CC	CE	No.	900428240	
Dirección donde se realiza la asesoría			VIRTUAL			
Teléfonos de Contacto			4449112	Correo Electrónico	SALUDOCUPACIONAL@DHFERTILIDAD.COM	
Ciudad / Municipio			MEDELLIN	Departamento	ANTIOQUIA	

OBJETIVO DE LA REUNIÓN
Se realiza acompañamiento a Reunion con COPASST por solicitud de la empresa

TEMAS TRATADOS
Se inicia reunión con encargada de SST de la empresa y miembros del COPASST, socializan información sobre pendientes de la semana anterior.
Se realiza revisión de las entrega de EPP hasta la fecha en la segunda entrega de acuerdo al Decreto 500/2020 que ha entregado positiva, en la cual se evidencia que se ha entregado Mascarilla Quirúrgica, Bata quirúrgica, Guantes estériles, Polainas, entre otros. Se compartiran fichas tecnicas de los elementos de protección personal entregados. Manifiestan que las trabajadoras con Covid19 han sido reintegradas a sus labores nuevamente.
Se recomienda el cumplimiento de plan de trabajo y todo lo demas establecido en la resolución 0312 de 2019, teniendo en cuenta los informes entregados de las actividades de asesorias realizadas en temas varios del SGSST en las cuales se han dejado de las recomendaciones para ser revisadas por las areas encargadas y con la gerencia. Se consultan temas de utilización de tapetes de desinfección y ropa teniendo en cuenta los lienamiento del ministerio de salud.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA

Indague a la empresa su concepto sobre la calidad percibida en la prestación del servicio recibido en esta actividad. Marque con X	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente

No deje espacios en blanco, Escriba N/A si es del caso.				
Nombre Responsable Empresa	ELIZABETH HERNANDEZ	Firma:		
Cargo	Coordinadora SST	c.c	43681123	
Nombre Responsable ARL	NURYAN MOY FORTICH	Firma:		
Cargo / Profesión	Ejecutiva integral de servicios	c.c.	1047392569	