



PROCESO: P5_3_Gestión_de_promoción_y_prevenición

Código: MIS_5_3_2_FR40

FORMATO

Versión: 1

ACTA DE ASESORÍA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Fecha: 2020/01/02

AprobóCamilo Eusebio Gomez Cristancho
Vicepresidente de Promoción y Prevención**Revisó**Jorge M. Contreras García
Gerente Administración del Riesgo**Elaboró**Felipa Caselles / Andrés Leonardo Tovar Rivera
Líder SIG Administración del Riesgo / Líder Proyectos **ASESORÍA ESPECÍFICA**

Fecha	Hora inicio	Hora finalización	Horas totales
05/08/2020	12:00 PM	1:00 PM	1

ASESORÍA POR PROYECTO

Mes	Año

INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social		Tipo de Documento		Número de Documento	
DEJANDO HUELLA FERTILIDAD SAS		NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		900428240	
Dirección donde se realiza la asesoría			Ciudad / Municipio		Departamento
CARRERA 43 # 19A 40 CONS 1308			MEDELLIN		ANTIOQUIA
Teléfono de contacto			Correo electrónico		
4449112			SALUDOCUPACIONAL@DHFERTILIDAD.COM		

TEMAS TRATADOS EN LA ASESORÍA

Código	Cantidad	Cobertura	Temas tratados en la asesoría
0-PB-3-AC-28 Aut.74 Act.1	30 UNIDAD	30 PERS.	Respirador N95 - Entrega de EEP en cumplimiento del decreto 500 del 2020, durante el estado de emergencia COVID 19.
0-PB-3-AC-34 Aut.74 Act.2	23 UNIDAD	23 PERS.	Gorro - Entrega de EEP en cumplimiento del decreto 500 del 2020, durante el estado de emergencia COVID 19.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS

Se hizo la entrega completa.

RESULTADO DE LA VISITA

¿La visita fué exitosa?	Si la respuesta es NO, indique el motivo	Si marcó reprogramación, indique la nueva fecha del servicio
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cancelación de la empresa <input type="checkbox"/> Reprogramación <input type="checkbox"/> Otro motivo		
Si la visita NO fué exitosa, justifique el motivo		

Calificación general de la calidad del servicio
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

Nombre del responsable por la empresa
ELIZABETH HERNANDEZ NICAN
Documento de identificación
C43681123
Cargo
COORDINADORA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Firma

ACTIVIDAD(ES) PENDIENTE(S) DE
APROBACIÓN POR PARTE DEL
RESPONSABLE DE LA EMPRESA

RESPONSABLE ARL

Nombre del responsable por la ARL	
CARLOS DANIEL TAMAYO CARDONA	
Documento de identificación	No. Licencia SST y fecha expedición
1152223325	9999 - 04/07/2020
Cargo	
LOGISTICA	
Razón social (En caso de proveedor)	
IMPLAR S.A.S	
Firma	

Daniel T