


INFORME DE VISITA
ASESOR DE PREVENCIÓN POR PROYECTO

FECHA: 02/07/2021		HORA INICIO: 2:00 pm		HORA FIN: 3:00 pm		
INFORMACIÓN DE LA EMPRESA CLIENTE						
RAZON SOCIAL: HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL						
NIT: 891900441			CIUDAD VISITADA: ZARZAL			
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO						
N°	LINEA DE INTERVENCIÓN	PROGRAMA	COMPONENTE	ACTIVIDAD	TIEMPO EJECUTADO (HORAS)	
					Solicitada	Ejecutada (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.		
2				Se realiza asesoría en vacunación COVID 19: seguimiento al proceso de vacunación de los trabajadores.	1	1
3				Se realiza revisión de medidas adoptadas por la empresa frente a la prevención del riesgo biológico.		
4						
5						
REQUERIMIENTO						
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	
DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL DE PREVENCIÓN						
NOMBRE:			CANTIDAD:			
OTROS						
ASISTENTES						
CAMPO PARA FIRMA DEL FUNCIONARIO COLMENA SEGUROS						
NOMBRE RESPONSABLE: MARTHA ELENA GONZÁLEZ PARDO		CARGO: ASESORA DE PREVENCIÓN POR PROYECTOS		FIRMA: 		
CAMPO PARA DELIGENCIAR EL RESPONSABLE EN EMPRESA CLIENTE						
NOMBRE RESPONSABLE: CLAUDIA MILENA VILLEGAS		CARGO: COORDINADORA SST		FIRMA: NO LA FIRMA EL CLIENTE ES VIDEOCONFERENCIA		