

	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		1 DE 9

ACTA N° 022 DE 2020 REUNION EXTRAORDINARIA					
DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN					
COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL: COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST					
LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE					
FECHA:	DD	MM	AA	HORA INICIO	HORA FINALIZACION
	03	09	2020	09:05 A.M.	09:25A.M
MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

AGENDA DEL DÍA	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación de Quorum 2. Lectura del acta anterior. 3. Seguimiento a compromisos 4. Desarrollo de la Reunión. 5. Compromisos 6. Puntos a considerar en futuras reuniones 	

PARTICIPANTES (REGISTRE LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN INVITADAS A LA REUNION, ESPECIFICANDO EL CARGO)
<p>Julieth Eliana Araque Sosa – Jefe administrativa y de talento humano Boyacá- Presidente Comité COPASST</p> <p>Karen Emilia Melo – Jefe administrativa y de talento humano Casanare – Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST</p> <p>Olga Soledad Linares – Coordinadora de sede Meta – Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST</p> <p>Sonia Yaneth Ruiz García – Auxiliar administrativo Boyacá – Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST</p> <p>Ruth Mary Baquero- Jefe de enfermería Meta - Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST</p> <p>Aura Cristina Londoño – Analista SST Meta</p> <p>Jenny Gabriela Gutiérrez – Analista SST Boyacá</p>



FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN

F(GC)002

Versión:

1

Oct -
2018

2 DE 9

Ysella González Cuevas – Asistente SST, TH y administrativa Casanare

1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)

La secretaria del COPASST (Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo) realiza llamado a lista, de los cuales asistieron los mencionados a continuación:

Karen Emilia Melo González
Julieth Eliana Araque Sosa
Olga Soledad Linares
Sonia Yaneth Ruiz García
Ruth Mary Baquero
Aura Cristina Londoño
Jenny Gabriela Gutiérrez
Ysella González Cuevas

Por lo anterior se verifica que la totalidad de los miembros convocados asistió a la reunión por lo cual hay QUORUM Como invitada a la reunión se encuentra asesora de ARL Positiva Diana Vivian Daza Mosquera.

2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR

La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #021 de Agosto de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.

3. SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS DEL ACTA ANTERIOR (REALICE LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DEL ACTA ANTERIOR Y DETERMINE EL % DE CUMPLIMIENTO DE CADA TAREA)

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	SEGUIMIENTO (% de cumplimiento)	OBSERVACIONES
Reporte al uso de incumplimiento al Uso de EPP'S por parte de los colaboradores	Miembros COPASST	Continuo	Jersalud Nacional	Actas de compromiso y procesos disciplinarios	En seguimiento	



FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN

F(GC)002

Versión:
1

Oct -
2018

3 DE 9

Consolidado de casos sospechosos y confirmados COVID-19	Analistas SST	15/09/2020	Jersalud Nacional	Consolidado casos sospechosos y confirmados COVID-19	0%	
---	---------------	------------	-------------------	--	----	--

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

4.1 En atención los comunicado emitidos el día 05 de mayo y el 08 de mayo de 2020 por el ministerio de trabajo con asunto “Seguimiento del COPASST o vigía de seguridad y salud en el trabajo a medidas de prevención y contención de contagio con el coronavirus COVID -19 en el sector salud”; por medio del cual se indica la necesidad de citar al asesor o representante de ARL, se realiza en este caso la invitación a Diana Daza Asesora de ARL Positiva para el acompañamiento pertinente según indicaciones, quien a partir de este momento y hasta finalizar la contingencia formará parte del comité de manera temporal.

4.2 Se procede a realizar evaluación de las preguntas enunciadas a continuación:

¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo con número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19? Evidencia: Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la Entidad y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).

SI

¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social? Evidencia: Órdenes de compra, fichas técnicas de los EPP adquiridos

SI

¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición riesgo? Evidencia: Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y nivel de exposición al riesgo.

SI

¿Los EPP se están entregando oportunamente? Evidencia a entregar: Base de trabajadores con registro de entrega de los EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega.

SI

¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido? Evidencia: Base de trabajadores con registro de frecuencia y entrega de los EPP a cada trabajador.

SI

¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP? Evidencia: Cantidad de EPP en inventario y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir

SI

¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo? Evidencia: Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.

SI

4.3 Se realiza verificación seguimiento por parte del COPASST según tabla de verificación del Ministerio de Trabajo relacionada a continuación:

ITEM	DESCRIPCIÓN	VERIFICADO POR EL COPASST		EVIDENCIA QUE SE DEBE ENVIAR	CALIFICA DE 1 A 100 SEGÚN CORRESPONDENCIA	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
		SI	NO				
1	¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo al número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
2	¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		Facturas y órdenes de compra y fichas técnicas de los EPP adquiridos	100	100%	Integrado en el informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 3 (3.1,3,2)

3	¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X		Soporte de entrega de EPP debidamente firmados (de acuerdo a lo establecido en la matriz de EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega)	100	100%	Integrado en informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 4(4.1.4.2.4.3)
5	¿Se está garantizando o la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X		Base de trabajadores con registro de cantidad entregada y frecuencia de entrega de los EPP a cada trabajador	100	100%	Integrado en informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 4(4.1.4.2.4.3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X		Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir (saldo que viene, adquisición, suministro semanal, Suministrados por ARL, saldo de la semana y proyección)	100	100%	Integrado en el informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 7 (7.1.7.2)
7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	X		Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	100	100%	Integrado en el informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 8
8	Se plantean medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X		Acta de Copasst semanal (quien, como, cuando y verificación cumplimiento)	100	100%	Evidencia Acta de reunión 022 Numeral 4.4

9	Link de Publicación del informe	X		Se debe publicar semanalmente el acta de reunión donde se evidencie (calificación y verificación del cumplimiento de las medidas de prevención frente al covid-19)	100	100%	Link Publicación semana 4 de Agosto en página web http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20AGOSTO.pdf
10	Reunión semanal del COPASST Semanal	X		Acta de Copasst semanal	100	100%	Integrado en informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 1(1.1,1.2,1.3)
TOTAL					1000	100%	

4.4 Luego de haber realizado la evaluación de preguntas se registran acciones de mejora tanto acciones preventivas como correctivas, que permitan resolver la situación encontrada en el menor tiempo posible, las cuales se describen a continuación:

ACCIONES MEJORAMIENTO	DE	RESPONSABLE	FECHA DE ELABORACIÓN
Seguimiento a solicitud tamizaje pruebas COVID-19 personal de salud		Jefes administrativas y de talento humano	15/09/2020

4.5 Se realiza socialización de correo enviado por parte del Ministerio de Trabajo Regional Casanare en el cual se especifica:

De acuerdo con los lineamientos socializados en reunión de acompañamiento por parte de este despacho y la ARL, se observa la entregada con fecha de corte del 31 de agosto de 2020, no se observa el cumplimiento de los requisitos, razón por la cual se debe entregar semanalmente, hasta tanto no se garantice el cumplimiento de este ítem.

1. Porcentaje de cumplimiento mayor al 90%
2. No tener reportes positivos de COVID-19
3. Mejorar el porcentaje de calificación y/o mantenerlo
4. Que no se tengan quejas y/o averiguaciones preliminares por presuntos incumplimientos
5. Publicación de los respectivos informes
6. Tener inventario necesario para el mes. (Se verificará los inventarios y proyecciones)
7. Acompañamiento de la ARL y Ministerio (Agendar previamente las reuniones)

4.6 Se relaciona el listado de casos activos COVID-19 en la organización Jersalud Nacional:

NOMBRE DEL COLABORADOR	TIPO DE CASO	REGIONAL	OBSERVACIÓN
Diego Alejandro Rojas Montero	Confirmado	Boyacá- Tunja	Caso positivo confirmado debido a contacto estrecho con familiar Confirmado COVID-19. Se encuentra en aislamiento obligatorio. Paciente Sintomático
Ana Silvia Peña Narváez	Confirmado	Boyacá - Moniquirá	Caso positivo confirmado, tuvo contacto estrecho con familiar confirmado de COVID-19. Se encuentra en aislamiento obligatorio y con incapacidad hasta el día 09/09/2020. Paciente Sintomático.
Leidy Carolina Amaya Talero	Sospechoso	Bogotá	Caso presunto debido a posibilidad de contacto estrecho con compañero de trabajo positivo Confirmado COVID-19. Se encuentra en aislamiento preventivo a espera de resultados de Prueba PSR. Paciente Asintomático. Por parte de ARL se va a tomar Anticuerpos.
Lina Alejandra Pinzón Castiblanco	Confirmado	Boyacá – Duitama	Caso Positivo confirmado debido a contacto estrecho con caso Positivo confirmado de COVID-19 compañero de trabajo. Se encuentra en aislamiento obligatorio hasta el día 07/09/2020. Paciente asintomático
Diana Marcela Neira Rojas	Sospechoso	Villavicencio	contacto estrecho con caso positivo su Cuñado, cita con ips el día 19 agosto 2020, paciente sintomático en aislamiento, doctor indica realizar seguimiento en 3 días para definir toma de muestra o No.
Leidy Pizarro	POSITIVO	Villavicencio	Paciente que tuvo contacto con caso positivo Su familiar (Abuela), se realiza aislamiento preventivo



FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN

F(GC)002

Versión:
1Oct -
2018

8 DE 9

Luz Esperanza Guerrero	Sospechoso	Granada	paciente que manifiesta sintomatología el día 19 agosto 2020, acude por eps el día 21 agosto, se envía prueba para Covid-19, se Genera aislamiento
Wendy Yaneth Gaitan Penagos	Positivo	Villavicencio	Paciente que manifiesta tener contacto estrecho con suegro positivo para Covid, se genera aislamiento, solo manifiesta tener Tos
Laura Sofia Pinto	No se ordena prueba	Villavicencio	Paciente que tuvo contacto con caso positivo Su familiar (Hermano), se realiza aislamiento preventivo
Jesica Ponton Palacios	Positivo	Villavicencio	Paciente que reporta sintomatología el día 26 agosto 2020, se genera aislamiento, paciente que se toma muestra particular en laboratorio UNLAB positivo. Sin embargo tiene soporte de aislamiento de EPS Sanitas
Mery Yadira Garcia Alvarez	Sospechoso	Villavicencio	Funcionaria que tiene contacto con caso positivo, compañera Jessica Ponton, se genera aislamiento a partir del día 27 agosto 2020
Nancy Niño Chaura	Sospechoso	Villavicencio	Funcionaria que tiene contacto con caso positivo, compañera Jessica Ponton, se genera aislamiento a partir del día 27 agosto 2020
Zulma Yomara Botia Hernandez	Sospechoso	Villavicencio	Funcionaria que tiene contacto con caso positivo, compañera Leidy Pizarro, se genera aislamiento a partir del día 29 agosto 2020
Jennifer Alexandra Bocanegra Andrade	Sospechoso	Villavicencio	Funcionaria que tiene contacto con caso positivo, compañera Leidy Pizarro, se genera aislamiento a partir del día 29 agosto 2020
Maria Emilse Navarro Arango	Sospechoso	Villavicencio	Funcionaria que tiene contacto con caso positivo, compañera Wendy Gaitán, se

	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		9 DE 9

			genera aislamiento a partir del día 29 agosto 2020
Nubia ramos	Sospechoso	Villavicencio	Funcionaria que manifiesta tener sintomatología, Niega tener contacto con paciente positivo, se da indicaciones de acudir a su médico y se genera aislamiento.

5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Reporte al uso de incumplimiento al Uso de EPP'S por parte de los colaboradores	Miembros COPASST	Continuo	Jersalud Nacional	Actas de compromiso y procesos disciplinarios	
Consolidado de casos sospechosos y confirmados COVID-19	Analistas SST	15/09/2020	Jersalud Nacional	Consolidado casos sospechosos y confirmados COVID-19	

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA

PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		