| No. | DIRECCIÓN TERRITORIAL | NIVEL SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD | DIRECCIÓN FÍSICA DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD | No. TOTAL DE TRABAJADORES | ARL (Si la institución de salud cuenta con trabajadores afiliados a diferentes ARL, diligencie la información de la que corresponda a cada una.) | ARL ESTÁ A PAZ Y SALVO? | VERIFICADO POR EL COPASST | FECHA DE VISITA DEL COPASST (Debe ser la compartida en el acta de visita) | LINK DE LA PUBLICACIÓN (Debe ser una dirección de internet) | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (Entre 0 y 100) | Pregunta 1. ¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo con las características de cada cargo, área y tarea de exposición al riesgo por COVID 19? | Pregunta 2. ¿Los EPP cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social? | Pregunta 3. ¿A cuántos trabajadores DIRECTOS les hemos entregado los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo? (Si ninguno escriba cero) | Pregunta 4. ¿A cuántos trabajadores INDIRECTOS les hemos entregado los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo? (Si ninguno escriba cero) | Pregunta 5. ¿A cuántos trabajadores INDIRECTOS les hemos entregado los EPP de acuerdo al grado de exposición al riesgo? (Si ninguno escriba cero) | Pregunta 6. ¿Los EPP se están entregando oportunamente? | Pregunta 5. ¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y exentajas de una requerida? | Pregunta6. ¿Se ha planteado la consulta para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP? | Pregunta 7. ¿Se recordó con la ARL el tiempo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con la Circular 029 de 2020 (SS, Decreto 1072 y Circular 29 del 2020 expedidas por el Ministerio del Trabajo? | ¿Se encuentran vacunas de ningún tipo de trabajador contribuyendo que se deben implementar? | ¿Se están cumpliendo los turnos de ningún tipo de trabajador (presencial, correctivo) acordados? | OBSERVACIÓN (espacio de libre uso por el inspector de trabajo y seguridad social) | ¿Se ha realizado reunión con personal de la institución para la realización de ARAT? SI/NO. COMO DEBE SER DILIGENCIADO, VER LA LISTA DEL PICKLIST DEL REPORTE | Número de identificación de la IPS (Número de NIT o Número de CC sin puntos y sin dígito de verificación) | Departamento en el que se encuentra la IPS reportada (DG en el departamento del domicilio principal de Gestión de Prestación) | Municipio en el que se encuentra la IPS reportada (DG en el municipio del domicilio principal de Gestión de Prestación) | Fecha de elaboración de la IPS (Formato Fecha) | Nivel de la IPS (Si nivel, ej: 1 o 2 o 3 etc) | 1S de este actividades administrativas (AP, PAE) realizadas en el periodo por medios alternativos con este reporte | La IPS realizo en el periodo EPP diferentes a los entregados por la ARL? | Observaciones de adquisición de EPP (Informe cantidad, observación, talla, color, calidad, distribución, tallas, cantidad de trabajadores, cantidad de ingresos de mediciones de trabajadores, ...) | Día de inicio del reporte | Mes de inicio del reporte | Año de inicio del reporte | Día de cierre del reporte | Mes de cierre del reporte | Año de cierre del reporte | Calificación de 1 a 10 (Siendo 1 la IPS no desarrollo el proceso de vacunación de los trabajadores y 10 la IPS ya desarrollo el proceso de vacunación de los trabajadores) | En el periodo cuantos casos se evidencia de la Secretaría de Salud informaron que la IPS no está proporcionando por mismo a todos sus trabajadores? | En el periodo cuantos quejas se evidencia de la Secretaría de Salud por aquejas relacionadas con la vacunación de los trabajadores? | NOMBRE SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE PRESTA EL SERVICIO TERCERIZADO | Número de identificación de la ESE LA ESTRELLA QUE PRESTA EL SERVICIO TERCERIZADO (Número de NIT o Número de CC sin puntos y sin dígito de verificación) |
|---|---|---