



AMBULANCIAS PROYECTAR SAS

SSTFOR013

VERSIÓN: 1

ACTA DE REUNIÓN MENSUAL COPASST

DEPARTAMENTO	CESAR	CIUDAD:	VALLEDUPAR	LUGAR:	OFICINA
FECHA:	31/08/2024	HORA INICIO:	10:00 AM	HORA FINAL:	10:30 AM
PROGRAMA:	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				
SUBPROGRAMA:	ESTÁNDARES MÍNIMOS DE CUMPLIMIENTO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				

TEMAS PROPUESTOS O A TRATAR

VERIFICACION DE QUORUM

CAPACITACION HIGIENE POSTURAL

REVISION DE MATRIZ DE RIESGO

REPORTE DE CONDICIONES INSEGURAS

DESARROLLO

ACTA N°. 08

El día SABADO 31 de AGOSTO del 2024; siendo las 10:00 a.m. Se reunieron en las instalaciones de **AMBULANCIAS PROYECTAR SAS**, los miembros del **COPASST**, para dar cumplimiento a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Trabajo.

La reunión es enfocada también en el seguimiento que hace el comité a la organización de las entregas de elementos de protección personal y las medidas de prevención tomadas, dando cumplimiento al Decreto Ley 1072 – 2015; en su Artículo 2.2.4.6.34; donde nos obliga a vigilar la seguridad y salud en el trabajo.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN.

➤ **LECTURA DEL ACTA ANTERIOR**

Se realizó la lectura del acta anterior sin ninguna modificación.

➤ **VERIFICACIÓN DE QUORUM**

Se verifica quorum y se da inicio a la reunión, con la participación de los miembros del comité y de las directivas de la organización.

ACTA DE REUNIÓN MENSUAL COPASST

Posterior a eso, se realizaron también las siguientes actividades:

- En el mes de agosto se realizan actividades enfocadas en la higiene postural y traslado de pacientes, todo esto con la finalidad de fomentar una cultura de autocuidado y buenas practica por parte de todos nuestros colaboradores, esta actividad se realiza de manera virtual con el apoyo de la Arl Sura.
- Por otra parte se realiza la actualización de la matriz de riesgo y es socializada a los encargados del copasst , la revisión se hace en compañía de los integrantes y el asesor que tenemos asignados por la Arl Sura.
- Se realizan también en el mes de agosto inspecciones de puestos de trabajos, y se reportan a la alta gerencia algunas acciones inseguras que pueden dar origen a accidentes laborales, por tal motivo estamos a la espera de la corrección de esos hallazgos encontrados.

EVIDENCIAS



ASISTENCIA A CAPACITACION LEVANTAMIENTO DE CARGAS Y TRASLADO DE PACIENTES

FECHA *

NOMBRE Y APELLIDOS *

CARGO *

IDENTIFICACIÓN *

CORREO ELECTRONICO *

Autoriza a la empresa Ambulancias Proyectar SAS el Tratamiento de sus datos personales conforme lo estipulado en la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS DE LA EMPRESA. si necesita revisar la política de tratamiento de datos ir a la pagina <https://ambulanciasproyectar.co/politicas/>

SI

NO

20 respuestas

Vínculo a Hojas de cálculo

Se aceptan respuestas

Resumen

Pregunta

Individual

FECHA

20 respuestas

ago 2024

14 20

NOMBRE Y APELLIDOS

20 respuestas

PAOLA RUIZ CAMERO

Eric aramendiz

Mayra López Arias

Karen Doraines Suárez Rangel

Maria paola Suárez herrera

Miguel Silva

Cristian Martínez

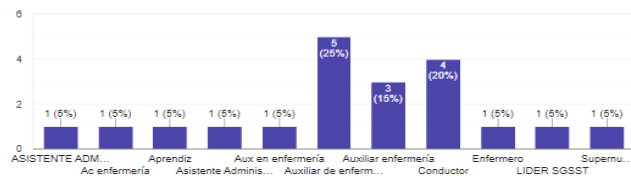
Giovanni Andres Gutierrez Vidal

Eduardo Gil

CARGO

20 respuestas

Copiar



IDENTIFICACIÓN

20 respuestas

1065591308

12441391

1065627662

1192769429

63470371

1065615051

1064111820

1065822884

1082991186

CORREO ELECTRONICO

20 respuestas

PAOLARUIZ3012@GMAIL.COM

Erickaramendiz@gmail.com

malejalopez2805@gmail.com

Karensuarez168@gmail.com

Mariapaolasuarez30@gmail.com

ms4270546@gmail.com

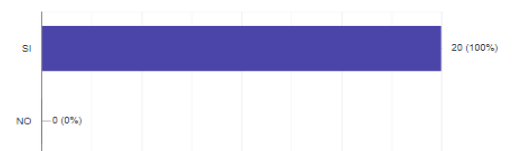
crismartfernanda@gmail.com

proyectarcartera123@hotmail.com

cristian.gil@gmail.com

Autoriza a la empresa Ambulancias Proyectar SAS el Tratamiento de sus datos personales conforme lo estipulado en la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS DE LA EMPRESA. si necesita revisar la política de tratamiento de datos ir a la pagina <https://ambulanciasproyectar.co/politicas/>

20 respuestas



TIPO DE DOCUMENTO:	1.065.840.394	CÓDIGO: GH-F- 077					
NOMBRE:	BLEINER MONSALVO OCHOA	VERSIÓN: 2					
RESPONSABILIDAD POR APLICACIÓN:	Coordinación de Seguridad y Salud en el Trabajo/ Gestion del Talento Humano	Página 1 de 1					
MARQUE CON UNA (X) TIPO DE VINCULACIÓN							
Funcionario	<input checked="" type="checkbox"/>	Contratista	<input type="checkbox"/>	Visitante	<input type="checkbox"/>	Proveedor	<input type="checkbox"/>
NOMBRE DE QUIEN HACE	VICTOR MANUEL MAESTRE VILLAZON		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	26/08/2024			
LUGAR DE LA ENTIDAD DONDE SE IDENTIFICÓ LA CONDICIÓN = ACTO INSEGURO, O DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE DE TRABAJO:	TALLER DE MECANICA						
MARQUE CON UNA (X) LA CLASE DE REPORTE.							
CTO INSEGURO	<input type="checkbox"/>	CONDICION INSEGURO	<input checked="" type="checkbox"/>	INCIDENTE DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	CONDICION DE SALUD	<input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DEL REPORTE, MARQUE CON UNA (X)							



SI LA DESCRIPCIÓN NO ESTÁ EN LAS IMÁGENES, POR FAVOR DESCRIBA EL REPORTE


por medio de este documento se realiza el reporte de las condiciones inseguras que tenemos en los distintos estantes que utilizamos para archivar, todos se encuentran totalmente sueltos y el peso de las sagas ya han ido debilitando la estructura ,razon por la cual esta provocando un declibe en los estantes que utilizamos para archivar, seguir usandolos representa un riesgo para todos los colaboradores que los utilizan.

PROPUESTA DE MEJORA

anclar los estantes a la pared

REGISTRO FOTOGRAFICO (Opcional)



		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO / REPORTE DE ACTOS, CONDICIONES INSEGURAS, INCIDENTES DE TRABAJO Y CONDICIONES DE SALUD					
TIPO DE DOCUMENTO:	1.065.840.394.	CÓDIGO: GH-F- 077					
NOMBRE:	BLEINER MONSALVO OCHOA	VERSIÓN: 2					
RESPONSABILIDAD POR APLICACIÓN:	Coordinación de Seguridad y Salud en el Trabajo/ Gestion del Talento Humano	Página 1 de 1					
MARQUE CON UNA (X) TIPO DE VINCULACIÓN							
Funcionario	<input checked="" type="checkbox"/>	Contratista	<input type="checkbox"/>	Visitante	<input type="checkbox"/>	Proveedor	<input type="checkbox"/>
NOMBRE DE QUIEN HACE	VICTOR MANUEL MAESTRE VILLAZON		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	26/08/2024			
LUGAR DE LA ENTIDAD DONDE SE IDENTIFICÓ LA CONDICIÓN = ACTO INSEGURO, O DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE DE TRABAJO:	TALLER DE MECANICA						
MARQUE CON UNA (X) LA CLASE DE REPORTE.							
CTO INSEGURO	<input type="checkbox"/>	CONDICION INSEGURO	<input checked="" type="checkbox"/>	INCIDENTE DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	CONDICION DE SALUD	<input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DEL REPORTE, MARQUE CON UNA (X)							



SI LA DESCRIPCIÓN NO ESTÁ EN LAS IMÁGENES, POR FAVOR DESCRIBA EL REPORTE

Durante un recorrido por el taller de mecanica , es sorprendido al mecanico VICTOR MANUEL MAESTRE VILLAZON, utilizando herramientas de apoyo para poder alcanzar al capo del vehiculo al que le esta haciendo mantenimiento, esta herramienta que el señor se encuentra usando no es segura, y seguirla usando representa un peligro para el mismo.

PROPUESTA DE MEJORA

para mejorar estas condiciones inseguras y garantizar el bienestar de los mecanicos se recomienda la compra de bloques de maderas los cuales puedan utilizar como herramientas que les permitan alcanzar al capo y realizar de manera segura su labor.

REGISTRO FOTOGRAFICO (Opcional)



ACTA DE REUNIÓN MENSUAL COPASST

En la reunión se mencionaron las actividades y acciones realizada durante el presente mes por los miembros del **COPASST** y la organización.

De manera continua se siguen implementando las medidas de protección estandarizadas:

- Limpieza y desinfección de calzados.
- Toma de temperatura al ingreso y salida de Ambulancias Proyectar SAS.
- Lavado de manos.
- Uso de los EPP.
- Reporte de las condiciones de Salud.
- Limpieza y desinfección de móviles e infraestructura

El **COPASST**, ha calificado con un 100% de cumplimiento, con respecto a las medidas de bioseguridad, implementación de los protocolos y entrega efectiva a los funcionarios de los elementos de protección personal.




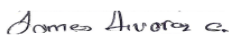
ACTA DE REUNIÓN MENSUAL COPASST

PREGUNTAS.

- ¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social? SI, se anexa evidencia.
- ¿Se ha entregado los EPP a todos los trabajadores, de acuerdo al grado de exposición al riesgo? SI, se anexa evidencia
- ¿Los EPP se están entregando oportunamente? SI, se anexa evidencia.
- ¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y remplazo de uso requerido? SI, se anexa evidencia.
- ¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP? SI, se anexa evidencia.

La próxima reunión se llevará a cabo el día 30 de SEPTIEMBRE del 2024, donde socializaremos los avances de los compromisos y puntos mencionados.

INTEGRANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD	CARGO	FIRMA
LILIANA GUARNIZO RONDÓN	Ambulancias Proyectar SAS	Representante	
SIXTO MUNIVE NAVARRO	Ambulancias Proyectar SAS	Suplente	
LUIS MOLINA	Ambulancias Proyectar SAS	Representante	
JAMES ALVAREZ ESPITIA	Ambulancias Proyectar SAS	Suplente	
COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA EJECUCIÓN	FECHA VERIFICACIÓN
Realización de actividades contempladas dentro del plan de trabajo 2024.	Coordinador SST - copasst	SEPTIEMBRE 2024	OCTUBRE 2024
SIMULACRO DE EMERGENCIA	Coordinador SST - copasst	SEPTIEMBRE 2024	OCTUBRE 2024