ACTA ASISTENCIA / ASESORÍA TÉCNICA EN SST

[X] ASESORÍA ESPECÍFICA			
Fecha	**Hora inicio**	**Hora finalización**	**Horas totales**
04/08/2025	07:00	09:00	2 Horas 0 Minutos

[ ] ASESORÍA POR PROYECTO	
Mes	**Año**

INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social	Tipo de Documento	Número de Documento
FUNDACION PEPASO	NIT [X] C.C. [ ] C.E. [ ]	860524015

Dirección donde se realiza la asesoría	Ciudad / Municipio	Departamento
CALLE 2 SUR NO. 7A - 14	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

Teléfono de contacto	Correo electrónico
4672162	fundacionpepaso@gmail.com

TEMAS TRATADOS EN LA ASESORÍA

Código	Cantidad	Cobertura	Temas tratados en la asesoría
Codigo 0-PB-PPPS-AC-163-1 (Aut. 19301 Act. 11)(Cont. 0145[2025]) Aut. Act.	2 Hora	2 PERSONA(s)	VIRTUAL Asesoría en el Programa de Promoción y Prevención de la Salud.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS

Se brinda asesoría en prevención frente a enfermedades respiratorias y fiebre Amarilla, se explica etiologia, signos y síntomas y medidas de prevención, se educa en la importancia de la vacunación como aquellas recomendadas de acuerdo a los cargo de la empresa.

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
[X] SI [ ] NO	[ ] Cancelación de la empresa [ ] Reprogramación [ ] Otro motivo	

Si la visita NO fué exitosa, justifique el motivo

Calificación general de la calidad del servicio

[ ] Excelente [ ] Bueno [ ] Regular [ ] Deficiente

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

Nombre del responsable por la empresa
LUZ DARY BUENO CARVAJAL
Documento de identificación
51707142
Cargo
REPRESENTANTE LEGAL
Firma

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

RESPONSABLE ARL

Nombre del responsable por la ARL	
JOHANNA CADENA MARIN	
Documento de identificación	**No. Licencia SST y fecha expedición**
1073237143	2103 12/03/2020
Cargo	
JEFE ENFERMERA	
Razón social (En caso de proveedor)	
ZONAMEDICA MR S.A.S	
Firma	

DOCUMENTO EN VALIDACIÓN