REQUISITOS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LAVANDERIA-HIGIENE HOSPITALARIA

Santa Sofía
Hospital Departamental Universitario de Caldas

PBX : 887 92 00 NIT: 890.801.099 -5

Fecha:

Empresa Licitante:

	DOCUMENTOS REQUERIDOS	C	N/C	OBSERVACIONES
1	Certificado de las 50 horas (SENA) de la persona responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo.			
2	Manual que documenta el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, plan anual de trabajo con la descripción de las fases de trasformación al Sistema de Gestión (firmado por representante legal).			
3	Política de Seguridad y Salud en el Trabajo (firmada por representante legal) y evidencia de difusión a los empleados.			
4	Matriz de Identificación de Peligros, control de riesgos y determinación de controles, actualizado para la vigencia.			
5	La Matriz Legal con la evaluación del cumplimiento.			
6	Indicadores de accidentalidad, enfermedad común y ausentismo de la empresa.			
7	Programa de capacitación anual de Seguridad y Salud en el Trabajo.			
8	Plan de trabajo para la vigencia . (Firmado por representante legal)			
9	Descripción Socio demográfica.			
10	Conformación del COPASST (copia acta de constitución y actas de las tres últimas reuniones).			
11	Conformación del Comité de Convivencia Laboral (copia acta de constitución y actas de las tres últimas reuniones).			
12	Procedimiento de reporte e investigación de Accidentes, Incidentes Laborales y ATEL.			
13	Matriz de EPP y de seguridad para la manipulación de alimentos.			
14	Fichas de seguridad de los productos químicos utilizados.			
15	Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial (firmado por representante legal).			
16	**Titulación Anticuerpos para Hepatitis B** Vigencia 1 Año (Cuando el colaborador presente un valor cuantitativo de anticuerpos medibles >100mUI/mL es marcador de protección "NO REQUIERE NUEVO ESQUEMA DE VACUNACION" si presenta valor de anticuerpos <100mUI/mL es marcador de ausencia de protección y requiere iniciar esquema)			
17	**Vacunación Hepatitis B** Esquema Administrar 3 Dosis 0,1,6 meses, realizar prueba serológica anti HBs , dos (2) meses después de la ultima dosis.)			
18	**Vacunación Toxoide Tetánico:** Esquema Administrar 2 Dosis 1,6 meses			
19	Examen médico ocupacional de ingreso Examen médico periódico (cada año) Examen médico de egreso.			
20	**Vacunación COVID-19:** Esquema Completo (2 Dosis)			
	TOTAL			

C= CUMPLE

N/C= NO CUMPLE

Observaciones:

FIRMA DEL EVALUADOR SGSST