**INFORME DE VERIFICACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD**

**$dato000**

**A :** $dato001

**$dato002**

**VIA :** $dato003

**$dato004**

**DE :** $dato005

**$dato006**

**REF. :** $dato007

**FECHA :** $dato008

1. **ANTECEDENTES**

Dando cumplimiento al Memorándum: $dato009 de fecha $dato010, me constituí en las instalaciones de la empresa o establecimiento laboral “$dato007” con objeto de efectuar la correspondiente verificación de implementación y el cumplimiento de los Protocolos de Bioseguridad, en el marco de la Resolución Bi-Ministerial Nº 001/21 y Normativa conexa en materia de prevención y contención de la COVID-19.

A tal efecto me permito elevar a su consideración para los fines legales consiguientes, el presente informe que refleja la situación en la que se encuentra la indicada empresa referida a las medidas de bioseguridad que otorga a sus dependientes.

1. **DATOS DE LA EMPRESA O ESTABLECIMIENTO LABORAL**

NOMBRE O RAZON SOCIAL

DE LA EMPRESA O

ESTABLECIMIENTO LABORAL : $dato007

NOMBRE COMERCIAL : $dato012

REPRESENTANTE LEGAL : $dato013

CEDULA DE IDENTIDAD : $dato014

No PATRONAL SEG. SOCIAL : $dato015

No REGISTRO OBLIGATORIO DE EMPLEADORES: $dato016

No NIT : $dato017

ACTIVIDAD ECONOMICA O RUBRO : $dato018

DOMICILIO LEGAL : $dato019

DIRECCIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INSPECCIÓN: $dato020

ANTIGUEDAD DE LA EMPRESA : $dato021

TELEFONO : $dato022

1. **DESARROLLO DE LA VERIFICACIÓN**

FECHA DE LA VISITA : $dato026

HORA DE LA VISITA : $dato026

HORA DE FINALIZACIÓN : XXX

**ACOMPAÑANTES POR PARTE DEL EMPLEADOR:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Cargo** | **Nombre** | **Cédula de Identidad** |
| **1** | $emp0d1 | $emp0d2 | $emp0d3 |
| **2** | $emp1d1 | $emp1d2 | $emp1d3 |
| **3** | $emp2d1 | $emp2d2 | $emp2d3 |
| **4** | $emp3d1 | $emp3d2 | $emp3d3 |
| **5** | $emp4d1 | $emp4d2 | $emp4d3 |
| **6** | $emp5d1 | $emp5d2 | $emp5d3 |

**ACOMPAÑANTES POR PARTE DE LOS TRABAJADORES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Cargo** | **Nombre** | **Cédula de Identidad** |
| **1** | $empt0d1 | $empt0d2 | $empt0d3 |
| **2** | $empt1d1 | $empt1d2 | $empt1d3 |
| **3** | $empt2d1 | $empt2d2 | $empt2d3 |
| **4** | $empt3d1 | $empt3d2 | $empt3d3 |
| **5** | $empt4d1 | $empt4d2 | $empt4d3 |
| **6** | $empt5d1 | $empt5d2 | $empt5d3 |

1. **RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN (TABLA 1):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PREGUNTA** | **GRADO DE CUMPLIMIENTO**  (0) No cumple  (1) Cumple  (2) No aplica | **OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES PARA POSTERIORES VERIFICACIONES** |
| 1. ¿Se garantiza el ingreso escalonado de modo que se eviten aglomeraciones al ingreso del personal? |  |  |
| 1. ¿Previo al ingreso a las instalaciones se realiza el control de temperatura corporal? |  |  |
| 1. ¿Se cuenta con medidas de bioseguridad para la desinfección de movilidades y mercadería que ingresan a la empresa? |  |  |
| 1. ¿Se cuenta con sistemas de marcado que evite el contacto con posibles superficies contaminadas? O en su defecto, ¿se cuenta con estaciones de desinfección? |  |  |
| 1. ¿Se implementaron mecanismos de higienización y desinfección para los trabajadores?  * Lavamanos * Estaciones de Desinfección de manos * Pediluvios * Cámaras de Desinfección * Mochilas de desinfección |  |  |
| 1. Se cuenta con estrategias y/o canales de comunicación que fomenten el autocuidado y que brinden información referente al COVID-19 (infografía, volantes, entre otros). |  |  |
| 1. ¿Se realizaron capacitaciones y/o talleres con el fin de difundir información referente al COVID-19 para su prevención y contención? |  |  |
| 1. ¿Se realizó la dotación de Equipos de Bioseguridad, según la exposición de los trabajadores en sus actividades cotidianas?  * Guantes * Barbijos quirúrgicos * Protectores Respiratorios KN95, quirúrgicos o similares * Máscaras faciales * Gafas de seguridad |  |  |
| 1. ¿Se realizaron capacitaciones sobre el uso adecuado de los equipos de bioseguridad, su desecho y el ejercicio de las actividades de limpieza y desinfección? |  |  |
| 1. ¿Se presenta una distribución de los puestos de trabajo, de forma que se respete la distancia social mínima (1,5 m a 2 m) entre los trabajadores? |  |  |
| 1. ¿Para el uso de cafeterías, comedores o áreas sociales se cuenta con horarios escalonados o alguna otra medida que garantice la distancia social mínima (1,5 m a 2 m) entre los comensales? |  |  |
| 1. ¿Se cuenta con medidas de Bioseguridad para la recepción y preparación de alimentos que se elaboran en el lugar de trabajo? |  |  |
| 1. ¿En caso de reuniones o capacitaciones que requieran asistencia presencial se garantiza la distancia social mínima (1,5 m a 2 m)? |  |  |
| 1. ¿Se cuenta con un procedimiento para la gestión de residuos infecciosos o patológicos (barbijos, guantes y otros)? |  |  |
| 1. ¿Se cuenta con procedimientos para la desinfección y sanitización de ambientes y superficies potencialmente contaminadas? |  |  |
| 1. ¿Se cuenta con mecanismos de reporte o registro del personal que estuvo en contacto con un compañero que haya sido diagnosticado positivo y si presenta síntomas? |  |  |
| 1. ¿Se cuenta con un registro de cada caso positivo debidamente documentado para su seguimiento y generar lineamientos para la recuperación de la o el trabajador? |  |  |
| 1. ¿Con el fin de evitar aglomeraciones se implementó el teletrabajo o alguna otra medida distinta? |  |  |
| 1. ¿Se identificaron grupos vulnerables y de alto riesgo con el fin de evitar contagios? |  |  |
| 1. ¿Se cuenta con un Reglamento Interno de Personal o Normas que sancionen el incumplimiento de las medidas o Protocolos de Bioseguridad implementados? |  |  |
| 1. ¿Se presenta el listado del personal y/o delegados, encargados de verificar las medidas de bioseguridad, indicando número de contacto y responsabilidades? |  |  |

1. **CONCLUSIONES**
2. **RECOMENDACIONES**

Es cuanto tengo a bien informar, para los fines consiguientes del caso.

1. **RESPALDO FOTOGRAFICO:**

c.cAch.

c.c XXX