



## Diligencie el formato de lista de chequeo caso sospechosos COVID19 • HSE-FOR-115

### A. Actividades antes del traslado del trabajador afectado

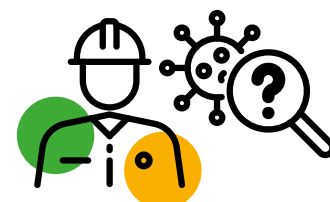
1. Se notifica al HSE del empleador para que tome control del caso
2. El trabajador se ubica en un espacio aislado y separado de los otros trabajadores
3. Se verifica el cumplimiento de la distancia de 2 metros de otros
4. Se verifica el uso permanente y correcto de tapabocas, guantes y gafas del trabajador
5. Se verifica el uso permanente y correcto de tapabocas, guantes y gafas del acompañante
6. Se verifica que el trabajador diligencie el formato de reporte de síntomas
7. Se toma la temperatura evitando el contacto con la piel del trabajador. Valor medido: \_\_\_\_\_ °C
8. Según la condición del trabajador se establecen las acciones iniciales requeridas
9. Se notifica telefónicamente al superintendente o jefe y al gerente correspondiente
10. Se notifica telefónicamente el caso a Médico OcenSA
11. Se coordina con el empleador el transporte a la vivienda o al hospital según la condición
12. Se verifica el cumplimiento del protocolo de transporte para protección del conductor
13. Se indica al trabajador para que notifique el caso a su EPS (desde su vivienda u hospital)
14. Si la condición del trabajador lo permite se entrevista para identificar posibles contactos
15. Si la condición del trabajador lo permite se entrevista para identificar áreas visitadas
16. Se utiliza doble bolsa negra para disponer los residuos generados por el trabajador
17. Se realiza el reporte del caso al correo definido: [reporte.incidentes@ocensa.com.co](mailto:reporte.incidentes@ocensa.com.co)
18. Se realiza el reporte del caso al IMTe con la información disponible hasta el momento.

### B. Actividades cuando el trabajador ya ha sido trasladado

1. Se emite el listado de áreas en las que laboró o transitó el trabajador afectado
2. Se coordina la desinfección minuciosa de las áreas por las que transitó el trabajador
3. Se verifica el cumplimiento de las medidas de protección para quienes realizan la desinfección
4. Se recolecta la información del autoreporte de síntomas de los últimos 14 días
5. Se verifica el listado de contactos en el lugar de trabajo para establecer cuales fueron estrechos
6. Se notifica a los empleadores de los casos de contacto estrecho identificados
7. Se verifican las acciones para el aislamiento de los casos de contacto estrecho identificados
8. Se hace seguimiento al resultado de la atención de la EPS
9. Con base en el resultado de la atención se define la necesidad de realizar notificaciones
10. Si aplica, se realiza el reporte formal a la Secretaría de Salud y a la ARL
11. Con base en el resultado de la atención se define el aislamiento del trabajador y de sus contactos
12. Se notifica sobre el caso a otras empresas en la sede (Ecopetrol, Cenit, otras)
13. Se define a necesidad de realizar campañas de tamizaje en la sede de trabajo afectada
14. Se realiza seguimiento del caso, hasta su cierre, definiendo condiciones de reintegro al trabajo
15. Se realiza seguimiento de los contactos, hasta su cierre y reintegro al trabajo
16. Las autoridades de salud se informan sobre la evolución y cierre del caso.

### C. Actividades de continuidad operativa

1. Se definen los miembros de la reunión de continuidad operativa (Autoridad de Área, Superintendente / Jefe, Profesional Aseguramiento HSE, Profesional Gestión Social).
2. Se define el número de cargos impactados, su porcentaje sobre el total y su criticidad.
3. Se verifica el cumplimiento de las medidas de protección para quienes realizan la desinfección.
4. Se definen necesidades de ajuste del esquema de turnos y relevos.
5. Se notifican las acciones al IMTe o se escalan las consultas requeridas.
6. Se evalúan las posibles posturas de las autoridades territoriales.
7. Se emiten las comunicaciones requeridas para informar a las partes interesadas.



#### OBSERVACIONES

Responsable del registro: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cargo y empresa: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cargo y empresa: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_





# Acciones en Terreno



Diligencie el formato de lista de chequeo caso sospechosos COVID19 • HSE-FOR-115

Fecha

Nombre

Empresa

Cargo

Celular

Lugar del contacto

## Listado de Contactos

Fecha	Nombre	Empresa	Cargo	Celular	Lugar del contacto

## Listado de áreas donde trabajó o transitó el afectado

Fecha	Nombre	Empresa	Cargo	Celular	Lugar del contacto



Reportes de casos sospechosos o confirmados a [reporte.incidentes@ocensa.com.co](mailto:reporte.incidentes@ocensa.com.co)

Médico  
Ocensa