
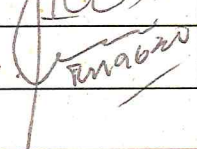
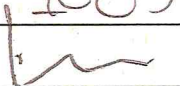



| CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS  |  | Código: SST-FR-090         |                            |                 |    |
|---|--|----------------------------|----------------------------|-----------------|----|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad |  | Fecha: 8/Abril/2020        |                            |                 |    |
|   |  | Versión: 002               |                            |                 |    |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   | Jessica Jimenez  |                            |                            |                 |    |
| CARGO   | Incepcion  |                            |                            |                 |    |
| FECHA DE INSPECCIÓN   | 25-05-2020   |                            |                            |                 |    |
| SERVICIO  | Chusita  |                            |                            |                 |    |
| TURNO   | M <input checked="" type="checkbox"/>  | T <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |                 |    |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |  |                            |                            |                 |    |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   | Trabajador No 1  | Trabajador No 2            | Trabajador No 3            | Trabajador No 4 |    |
|   | Dr. Gonzalez   | lorana S.                  | Leonardo                   | Dulciana        |    |
| Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento  |  |                            |                            |                 |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA                       |  |                            |                            |                 |    |
| 1   | Gorro  | C                          | C                          | C               | C  |
| 2   | Gafas de Seguridad   | C                          | C                          | C               | C  |
| 3   | Careta y/o Visor   | C                          | C                          | C               | C  |
| 4   | Mascarilla Convencional  | NA                         | NA                         | NA              | NA |
| 5   | Respirador N 95  | C                          | C                          | C               | C  |
| 6   | Guantes  | C                          | C                          | C               | C  |
| 7   | Bata Antifluidos   | C                          | C                          | C               | C  |
| 8   | Protector Auditivo   | NA                         | NA                         | NA              | NA |
| 9   | Delantal Plástico  | NA                         | NA                         | NA              | NA |
| 10  | Delantal en PVC  | NA                         | NA                         | NA              | NA |
| 11  | Botas  | NA                         | NA                         | NA              | NA |
| 12  | Traje Especial   | NA                         | NA                         | NA              | NA |
| 13  | Otro ( )   | NA                         | NA                         | NA              | NA |
| Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal   |  |                            |                            |                 |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN  |  |                            |                            |                 |    |
| 1   | Elemento dañado  |                            |                            |                 |    |
| 2   | No Disponible  |                            |                            |                 |    |
| 3   | Olvido   |                            |                            |                 |    |
| 4   | Desconoce Estándar   |                            |                            |                 |    |
| 5   | Otras Observaciones:   |                            |                            |                 |    |
| Estándares a evaluar  |  |                            |                            |                 |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO  |  |                            |                            |                 |    |
| 1   | Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.  | Si                         | Si                         | Si              | Si |
| 2   | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.  | Si                         | Si                         | Si              | Si |
| 3   | Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  | Si                         | Si                         | Si              | Si |
| 4   | Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | Si                         | Si                         | Si              | Si |

|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |   |   |           |  | Código: SST-FR-090  |
|---|---|---|-----------|--|---------------------|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad                             |   |   |           |  | Fecha: 8/Abril/2020 |
|   |   |   |           |  | Versión: 002        |
| 5   | Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas. | SI  | SI        | SI   | SI                  |
| 6   | Verifica el estado del guardián antes de su uso.  | N/A   | N/A       | N/A  | N/A                 |
| 7   | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.                                 | SI  | SI        | SI   | SI                  |
| 8   | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.   | SI  | SI        | SI   | SI                  |
| 9   | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.  | SI  | SI        | SI   | SI                  |
| 10  | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.                            | NO  | NO        | NO   | NO                  |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS  |   | 10  | 10        | 10   | 10                  |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN   |   | 10  | 10        | 10   | 10                  |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO  |   | 100%  | 100%      | 100%   | 100%                |
| FIRMA DEL COLABORADOR   |   |  | Lorena S. |  | Dayana A.           |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |   |   |           |  |                     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |   |   |           |  |                     |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100  |   |   |           |  |                     |




| CLÍNICA NUESTRA<br>SEÑORA DE LOS REMEDIOS   |  | Código: SST-FR-090         |                            |                          |    |
|---|--|----------------------------|----------------------------|--------------------------|----|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad |  | Fecha: 8/Abril/2020        |                            |                          |    |
|   |  | Versión: 002               |                            |                          |    |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   | Valentina Betancourt   |                            |                            |                          |    |
| CARGO   | MSTR/INSTR/COORDINADORA, ALIVUQUICO  |                            |                            |                          |    |
| FECHA DE INSPECCIÓN   | Mayo/27/2023   |                            |                            |                          |    |
| SERVICIO  | CIVUQUICO  |                            |                            |                          |    |
| TURNO   | M <input checked="" type="checkbox"/>  | T <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |                          |    |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |  |                            |                            |                          |    |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   | Trabajador No 1<br>Zulay   | Trabajador No 2<br>Eriy    | Trabajador No 3<br>Sarda   | Trabajador No 4<br>Paola |    |
| Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento  |  |                            |                            |                          |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA                       |  |                            |                            |                          |    |
| 1   | Gorro  | C                          | C                          | C                        | C  |
| 2   | Gafas de Seguridad   | C                          | C                          | C                        | C  |
| 3   | Careta y/o Visor   | C                          | C                          | C                        | C  |
| 4   | Mascarilla Convencional  | C                          | C                          | C                        | C  |
| 5   | Respirador N 95  | C                          | C                          | C                        | C  |
| 6   | Guantes  | C                          | C                          | C                        | C  |
| 7   | Bata Antifluidos   | NA                         | NA                         | NA                       | NA |
| 8   | Protector Auditivo   | NA                         | NA                         | NA                       | NA |
| 9   | Delantal Plástico  | NA                         | NA                         | NA                       | NA |
| 10  | Delantal en PVC  | NA                         | NA                         | NA                       | NA |
| 11  | Botas  | NA                         | NA                         | NA                       | NA |
| 12  | Traje Especial   | NA                         | NA                         | NA                       | NA |
| 13  | Otro ( )   |                            |                            |                          |    |
| Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal   |  |                            |                            |                          |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN  |  |                            |                            |                          |    |
| 1   | Elemento dañado  |                            |                            |                          |    |
| 2   | No Disponible  |                            |                            |                          |    |
| 3   | Olvido   |                            |                            |                          |    |
| 4   | Desconoce Estándar   |                            |                            |                          |    |
| 5   | Otras Observaciones:   |                            |                            |                          |    |
| Estándares a evaluar  |  |                            |                            |                          |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO  |  |                            |                            |                          |    |
| 1   | Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.  | SI                         | SI                         | SI                       | SI |
| 2   | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.  | SI                         | SI                         | SI                       | SI |
| 3   | Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  | SI                         | SI                         | SI                       | SI |
| 4   | Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | SI                         | SI                         | SI                       | SI |

|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |   |                |                |                | Código: SST-FR-090  |
|---|---|----------------|----------------|----------------|---------------------|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad                             |   |                |                |                | Fecha: 8/Abril/2020 |
|   |   |                |                |                | Versión: 002        |
| 5   | Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas. | SI             | SI             | SI             | SI                  |
| 6   | Verifica el estado del guardián antes de su uso.  | SI             | SI             | SI             | SI                  |
| 7   | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.                                 | SI             | SI             | SI             | SI                  |
| 8   | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.   | SI             | SI             | SI             | SI                  |
| 9   | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.  | SI             | SI             | SI             | SI                  |
| 10  | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.                            | NO             | NO             | NO             | NO                  |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS  |   | 10             | 10             | 10             | 10                  |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN   |   | 10             | 10             | 10             | 10                  |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO  |   | 100%           | 100%           | 100%           | 100%                |
| FIRMA DEL COLABORADOR   |   | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i>      |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |   | 4              |                |                |                     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |   | 4              |                |                |                     |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100  |   | 4/4 * 100      |                |                |                     |



| CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS  |  | Código: SST-FR-090  |                 |                 |           |
|---|--|---------------------|-----------------|-----------------|-----------|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad |  | Fecha: 8/Abril/2020 |                 |                 |           |
| Versión: 002  |  |                     |                 |                 |           |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   | Jonathan Rigoberto   |                     |                 |                 |           |
| CARGO   | Enfermera  |                     |                 |                 |           |
| FECHA DE INSPECCIÓN   | 26 Mayo 2020   |                     |                 |                 |           |
| SERVICIO  | Cirugía  |                     |                 |                 |           |
| TURNO   | M  | T                   | N               |                 |           |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |  |                     |                 |                 |           |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   | Trabajador No 1  | Trabajador No 2     | Trabajador No 3 | Trabajador No 4 |           |
|   | Jonathan Padilla P.  | Zelaya Pates        | Luisa V.        |                 |           |
| Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento  |  |                     |                 |                 |           |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA                       |  |                     |                 |                 |           |
| 1   | Gorro  | C                   | C               | C               | C         |
| 2   | Gafas de Seguridad   | C                   | C               | C               | C         |
| 3   | Careta y/o Visor   | C                   | C               | C               | C         |
| 4   | Mascarilla Convencional  | C                   | C               | C               | C         |
| 5   | Respirador N 95  | C                   | C               | C               | C         |
| 6   | Guantes  | C                   | C               | C               | C         |
| 7   | Bata Antifluidos   | C                   | C               | C               | C         |
| 8   | Protector Auditivo   | NA                  | NA              | NA              | NA        |
| 9   | Delantal Plástico  | NA                  | NA              | NA              | NA        |
| 10  | Delantal en PVC  | NA                  | NA              | NA              | NA        |
| 11  | Botas  | NA                  | NA              | NA              | NA        |
| 12  | Traje Especial   | Algunas ocasiones   | Ocasional       | Ocasional       | Ocasional |
| 13  | Otro ( )   |                     |                 |                 |           |
| Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal   |  |                     |                 |                 |           |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN  |  |                     |                 |                 |           |
| 1   | Elemento dañado  |                     |                 |                 |           |
| 2   | No Disponible  |                     |                 |                 |           |
| 3   | Olvido   |                     |                 |                 |           |
| 4   | Desconoce Estándar   |                     |                 |                 |           |
| 5   | Otras Observaciones:   |                     |                 |                 |           |
| Estándares a evaluar  |  |                     |                 |                 |           |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO  |  |                     |                 |                 |           |
| 1   | Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.  | SI                  | SI              | SI              | SI        |
| 2   | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.  | SI                  | SI              | SI              | SI        |
| 3   | Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  | SI                  | SI              | SI              | SI        |
| 4   | Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | SI                  | SI              | SI              | SI        |

|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |   |          |         | Código: SST-FR-090  |       |
|---|---|----------|---------|---------------------|-------|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad                             |   |          |         | Fecha: 8/Abril/2020 |       |
|   |   |          |         | Versión: 002        |       |
| 5   | Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas. | SI       | SI      | SI                  | SI    |
| 6   | Verifica el estado del guardián antes de su uso.  | SI       | SI      | SI                  | SI    |
| 7   | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.                                 | SI       | SI      | SI                  | SI    |
| 8   | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.   | SI       | SI      | SI                  | SI    |
| 9   | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.  | SI       | SI      | SI                  | SI    |
| 10  | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.                            | NO       | NO      | NO                  | NO    |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS  |   | 10       | 10      | 10                  | 10    |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN   |   | 10       | 10      | 10                  | 10    |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO  |   | 100%     | 100%    | 100%                | 100%  |
| FIRMA DEL COLABORADOR   |   | Jonathan | Paola P | Zuley pates         | Wendy |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |   | 4        |         |                     |       |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |   | 4        |         |                     |       |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100  |   |          |         |                     |       |



| CLÍNICA NUESTRA<br>SEÑORA DE LOS REMEDIOS   |   | Código: SST-FR-090             |                             |                                |    |
|---|---|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad |   | Fecha: 8/Abril/2020            |                             |                                |    |
|   |   | Versión: 002                   |                             |                                |    |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   | Yolana Restrepo   |                                |                             |                                |    |
| CARGO   | Enfermera Cx  |                                |                             |                                |    |
| FECHA DE INSPECCIÓN   | 14 mayo 2021  |                                |                             |                                |    |
| SERVICIO  | Cirugía   |                                |                             |                                |    |
| TURNOS  | M   | T                              | N                           |                                |    |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |   |                                |                             |                                |    |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   | Trabajador No 1<br>Jonathan   | Trabajador No 2<br>Yaneth sanz | Trabajador No 3<br>Paula v. | Trabajador No 4<br>Maria hntab |    |
| Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento  |   |                                |                             |                                |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA                       |   |                                |                             |                                |    |
| 1   | Gorro   | C                              | C                           | C                              | C  |
| 2   | Gafas de Seguridad  | C                              | C                           | C                              | C  |
| 3   | Careta y/o Visor  | C                              | C                           | C                              | C  |
| 4   | Mascarilla Convencional   | C                              | C                           | C                              | C  |
| 5   | Respirador N 95   | C                              | C                           | C                              | C  |
| 6   | Guantes   | C                              | C                           | C                              | C  |
| 7   | Bata Antifluidos  | C                              | C                           | C                              | C  |
| 8   | Protector Auditivo  | NA                             | NA                          | NA                             | NA |
| 9   | Delantal Plástico   | NA                             | NA                          | NA                             | NA |
| 10  | Delantal en PVC   | NA                             | NA                          | NA                             | NA |
| 11  | Botas   | NA                             | NA                          | NA                             | NA |
| 12  | Traje Especial  | NA                             | NA                          | NA                             | NA |
| 13  | Otro ( )  |                                |                             |                                |    |
| Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal   |   |                                |                             |                                |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN  |   |                                |                             |                                |    |
| 1   | Elemento dañado   |                                |                             |                                |    |
| 2   | No Disponible   |                                |                             |                                |    |
| 3   | Olvido  |                                |                             |                                |    |
| 4   | Desconoce Estándar  |                                |                             |                                |    |
| 5   | Otras Observaciones:  |                                |                             |                                |    |
| Estándares a evaluar  |   |                                |                             |                                |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO  |   |                                |                             |                                |    |
| 1   | Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.   | SI                             | SI                          | SI                             | SI |
| 2   | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.   | SI                             | SI                          | SI                             | SI |
| 3   | Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.   | SI                             | SI                          | SI                             | SI |
| 4   | Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos:<br>*Aislamiento Respiratorio. Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | SI                             | SI                          | SI                             | SI |



CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

|  |   |   |      |      |      |
|--|---|---|------|------|------|
| 5  | Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas. | SI  | SI   | SI   | SI   |
| 6  | Verifica el estado del guardián antes de su uso.  | SI  | SI   | SI   | SI   |
| 7  | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.                                 | SI  | SI   | SI   | SI   |
| 8  | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.   | SI  | SI   | SI   | SI   |
| 9  | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.  | SI  | SI   | SI   | SI   |
| 10   | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.                            | NO  | NO   | NO   | NO   |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS   |   | 10  | 10   | 10   | 10   |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN  |   | 10  | 10   | 10   | 10   |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO   |   | 100%  | 100% | 100% | 100% |
| FIRMA DEL COLABORADOR  |   | Jonathan Yaneth San-Pedraza Valencia, Mariela Fedra |      |      |      |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS  |   | 4   |      |      |      |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN  |   | 4   |      |      |      |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 |   |   |      |      |      |