

| 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:  | Viviana Potes  |                     |                 |                 |     |
| CARGO:  | Lider servicio al cliente  |                     |                 |                 |     |
| FECHA DE INSPECCIÓN:  | 08/04/2020   |                     |                 |                 |     |
| SERVICIO:   | Servicio al cliente control, tamizaje, información   |                     |                 |                 |     |
| TURNOS:   | M  | X                   | T               | X               | N   |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO:  |  |                     |                 |                 |     |
| TRABAJADORES OBSERVADOS:  | Trabajador No 1  | Trabajador No 2     | Trabajador No 3 | Trabajador No 4 |     |
|   | Jean Carlos  | Luisa Figueroa      | Flora Navea     | Yuri Motato     |     |
| 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   |                     |                 |                 |     |
| 4   | Mascarilla Convencional  | C                   | C               | C               | C   |
| 5   | Respirador N 95  |                     |                 |                 |     |
| 6   | Güantes  |                     |                 |                 |     |
| 7   | Bata Antifluidos   |                     |                 |                 |     |
| 8   | Protector Auditivo   |                     |                 |                 |     |
| 9   | Delantal Plástico  |                     |                 |                 |     |
| 10  | Delantal en PVC  |                     |                 |                 |     |
| 11  | Botas  |                     |                 |                 |     |
| 12  | Traje Especial   |                     |                 |                 |     |
| 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 OPCIÓN   |  |                     |                 |                 |     |
| 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.  | N/A                 | N/A             | N/A             | N/A |
| 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 Biosseguridad

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. | N/A                   | N/A | N/A | N/A |
| 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.                            | Si                    | Si  | Si  | Si  |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS   |   | 7                     | 7   | 7   | 7   |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN  |   | 7                     | 7   | 7   | 7   |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO   |   | N/A                   | N/A | N/A | N/A |
| FIRMA DEL COLABORADOR  |   | Teancatok Luatdat     |     |     |     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS  |   | 4 trabajadores        |     |     |     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN  |   | 4 trabajadores        |     |     |     |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 |   | todas cumplen al 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:  | VIVIANA POTES  |                                       |                                  |     |
| CARGO:  | Lider servicio al cliente  |                                       |                                  |     |
| FECHA DE INSPECCIÓN:  | 8+10+11/2020   |                                       |                                  |     |
| SERVICIO:   | Servicio al cliente, control, tamizaje, información.   |                                       |                                  |     |
| TURNO:  | M <input checked="" type="checkbox"/>  | T <input checked="" type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/>       |     |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO:  |  |                                       |                                  |     |
| TRABAJADORES OBSERVADOS:  | Trabajador No 1<br>Diana Duran   | Trabajador No 2<br>Nini Delgado       | Trabajador No 3<br>Viviana Potes |     |
|   | Trabajador No 4<br>Juliana Diaz  |                                       |                                  |     |
| 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   |
| 2   | Gafas de Seguridad   | C                                     | C                                | C   |
| 3   | Careta y/o Visor   |                                       |                                  |     |
| 4   | Mascarilla Convencional  | C                                     | C                                | C   |
| 5   | Respirador N 95  |                                       |                                  |     |
| 6   | Güantes  |                                       |                                  |     |
| 7   | Bata Antifluidos   |                                       |                                  |     |
| 8   | Protector Auditivo   |                                       |                                  |     |
| 9   | Delantal Plástico  |                                       |                                  |     |
| 10  | Delantal en PVC  |                                       |                                  |     |
| 11  | Botas  |                                       |                                  |     |
| 12  | Traje Especial   |                                       |                                  |     |
| 13  | Otro ( )   |                                       |                                  |     |
| Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal   |  |                                       |                                  |     |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN 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 SEGUN 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  |
| 2   | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.  | N/A                                   | N/A                              | N/A |
| 3   | Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  | 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  |



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. | N/A                   | N/A  | N/A   | N/A           |
| 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.                            | Si                    | Si   | Si    | Si            |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS  |   | 7                     | 7    | 7     | 7             |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN   |   | 7                     | 7    | 7     | 7             |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO  |   | N/A                   | N/A  | N/A   | N/A           |
| FIRMA DEL COLABORADOR   |   | dionador              | RAMO | Quero | Juliana Olaya |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |   | 4 trabajadores        |      |       |               |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |   | 4 trabajadores        |      |       |               |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 |   | todos cumplen al 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<br>Versión: 002   |                              |                                   |     |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:  | VIVIANA POTES  |                                       |                              |                                   |     |
| CARGO:  | Lider Servicio al Cliente  |                                       |                              |                                   |     |
| FECHA DE INSPECCIÓN:  | 08/07/2021   |                                       |                              |                                   |     |
| SERVICIO:   | Servicio al cliente, control, tamizaje, información  |                                       |                              |                                   |     |
| TURNO:  | M <input checked="" type="checkbox"/>  | T <input checked="" type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/>   |                                   |     |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO:  |  |                                       |                              |                                   |     |
| TRABAJADORES OBSERVADOS:  | Trabajador No 1<br>Flor noraes   | Trabajador No 2<br>Sandra C           | Trabajador No 3<br>Jeancarlo | Trabajador No 4<br>Ivrsa Figueroa |     |
| 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   |                                       |                              |                                   |     |
| 4   | Mascarilla Convencional  | C                                     | C                            | C                                 | C   |
| 5   | Respirador N 95  |                                       |                              |                                   |     |
| 6   | Guantes  |                                       |                              |                                   |     |
| 7   | Bata Antifluidos   |                                       |                              |                                   |     |
| 8   | Protector Auditivo   |                                       |                              |                                   |     |
| 9   | Delantal Plástico  |                                       |                              |                                   |     |
| 10  | Delantal en PVC  |                                       |                              |                                   |     |
| 11  | Botas  |                                       |                              |                                   |     |
| 12  | Traje Especial   |                                       |                              |                                   |     |
| 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 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.  | N/A                                   | N/A                          | N/A                               | N/A |
| 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. | N/A                                  | N/A | N/A | N/A |
| 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.                            | Si                                   | Si  | Si  | Si  |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS  |   | 7                                    | 7   | 7   | 7   |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN   |   | 7                                    | 7   | 7   | 7   |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO  |   | N/A                                  | N/A | N/A | N/A |
| FIRMA DEL COLABORADOR   |   | Firma: Samuel C. Jean Carlos Linares |     |     |     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |   | 4 trabajadores                       |     |     |     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |   | 4 trabajadores                       |     |     |     |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen / Total Trabajadores Observados * 100 |   | todos cumplen al 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:  | Viviana Potes   |                                       |                            |                 |     |
| CARGO:  | Lider Servicio al Cliente   |                                       |                            |                 |     |
| FECHA DE INSPECCIÓN:  | 02/03/2021  |                                       |                            |                 |     |
| SERVICIO:   | Servicio al Cliente, Control, Tamizaje, Información   |                                       |                            |                 |     |
| TURNO:  | M <input checked="" type="checkbox"/>   | T <input checked="" type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |                 |     |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO:  |   |                                       |                            |                 |     |
| TRABAJADORES OBSERVADOS:  | Trabajador No 1   | Trabajador No 2                       | Trabajador No 3            | Trabajador No 4 |     |
|   | Nini Pelgado  | Juliana Diaz                          | Yuri Motato                | Viviana Potes   |     |
| 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   |
| 4   | Mascarilla Convencional   | C                                     | C                          | C               | C   |
| 5   | Respirador N 95   |                                       |                            |                 |     |
| 6   | Guantas   |                                       |                            |                 |     |
| 7   | Bata Antifluidos  |                                       |                            |                 |     |
| 8   | Protector Auditivo  |                                       |                            |                 |     |
| 9   | Delantal Plástico   |                                       |                            |                 |     |
| 10  | Delantal en PVC   |                                       |                            |                 |     |
| 11  | Botas   |                                       |                            |                 |     |
| 12  | Traje Especial  |                                       |                            |                 |     |
| 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 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.   | N/A                                   | N/A                        | N/A             | N/A |
| 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  |




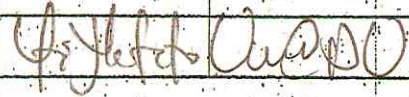
CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

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

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. | N/A   | N/A | N/A | N/A |
| 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.                            | Si  | Si  | Si  | Si  |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS   |   | 7   | 7   | 7   | 7   |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN  |   | 7   | 7   | 7   | 7   |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO   |   | N/A   | N/A | N/A | N/A |
| FIRMA DEL COLABORADOR  |   |  Juliana Diaz  |     |     |     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS  |   | 4 trabajadores  |     |     |     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN  |   | 4 trabajadores  |     |     |     |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 |   | 4/4 todos cumplen al 100%   |     |     |     |