

CLÍNICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS 12 NOV 2021		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <i>[Firma]</i>			
FECHA DE INSPECCIÓN: <i>04 Nov 2021</i>			
SERVICIO: <i>Ca. Neonatal</i>			
TURNO: <i>M</i>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: <i>T</i>			
TRABAJADORES OBSERVADOS:			
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
<i>Ausente</i>	<i>Clara</i>	<i>Urmosa</i>	<i>Nina</i>
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
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	NC	NC
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antibulidos	NC	NC
8	Protector Auditivo	NC	NC
9	Delantal Plástico	NC	NC
10	Delantal en PVC	NC	NC
11	Botas	NC	NC
12	Tapa Especial	NC	NC
13	Otro ()		
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvido		
4	Descuido		
5	Otras Observaciones:		
Estándares a evaluar: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiéptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Alto o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

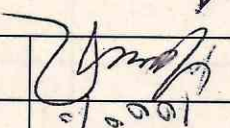
CÓDIGO: SST-FR-090		FECHA: 8/ABR/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
5	Siempre descartar los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardán 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.	Si	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
FIRMA DEL COLABORADOR		Rafael A. Blosa			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

0.000

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑALA DE LOS MEMBROS	
17 NOV 2021			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Mónica Ríos	
CARGO			
FECHA DE INSPECCIÓN		20/11/2020	
SERVICIO		URN	
TURNOS		M	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO			
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 Mary Trabajador No 2 Edward Trabajador No 3 Leon Trabajador No 4 Leahy	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA
8	Protección Auditiva	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ()		
Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
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 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
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, protección N°5, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

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

10 NOV 2021 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abnl/2020 Versión: 002		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Jenny Jarama		CARGO Inspección	
FECHA DE INSPECCION 10 NOV 2021		SERVICIO UCI NEO	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO M		TURNO N	
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Mary Trabajador No 2: Luz Enid Trabajador No 3: Elsa Trabajador No 4: Diana P.			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Gorro	C	
2	Gafas de Seguridad	C	
3	Careta y/o Visor	NA	
4	Mascarilla Convencional	C	
5	Respirador N 95	C	
6	Guantes	C	
7	Bata Antifluidos	NA	
8	Protector Auditivo	NA	
9	Delantal Plástico	NA	
10	Delantal en PVC	NA	
11	Botas	NA	
12	Traje Especial	NA	
13	Otro ()		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO Estándares a evaluar			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	
3	Realiza los procedimientos enfatizando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	Si	
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio: Adorno o por gotas; Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas; Aislamiento Respiratorio por aerosoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes; Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	

CLÍNICA NUESTRA SERENA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020			
5	Siempre desecha los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar remanente de 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.	Si	Si	Si	Si
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		 Diana P.			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%			

Código: SST-FR-090		Fecha: 8/ABR/2020		Versión: 002	
<p>Formulario: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad</p> <p>CLÍNICA NUESTRA</p> <p>SECCIONA DE LOS REMEDIOS</p> <p>9 NOV 2021</p>					
<p>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <i>Dr. Remedios</i></p> <p>CARGO: <i>Dr. Remedios</i></p> <p>FECHA DE INSPECCIÓN: <i>8-ABR-2021</i></p> <p>SERVICIO: <i>UN 1270</i></p> <p>TURNO: <i>M</i></p>					
<p>PROCEDIMIENTO OBSERVADO: <i>UN 1270</i></p>					
<p>TRABAJADORES OBSERVADOS:</p> <p>Trabajador No 1: <i>M. F. F. F. F.</i></p> <p>Trabajador No 2: <i>A. A. A. A. A.</i></p> <p>Trabajador No 3: <i>L. O. Z. F. M. I.</i></p> <p>Trabajador No 4: <i>E. D. U. A. R. T.</i></p>					
<p>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</p> <p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA</p>					
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	C	C	C	C
9	Delantal Plástico	C	C	C	C
10	Delantal en PVC	C	C	C	C
11	Botas	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C
13	Otro ()	C	C	C	C
<p>Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal</p> <p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE CON UNA (X) SEGUN OPCION</p>					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Oviedo				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
<p>Estándares a evaluar</p> <p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO</p>					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no arrieta 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 derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, protección por contacto; Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI

CÓDIGO: SST-FR-090		FECHA: 8/ABR/2020		VERSIÓN: 002	
<p>Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad</p>					
<p>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</p>					
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, 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 ornitos 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		4	4	4	4
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Margarita	Muriel	Miguel	Miguel
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total					

CLÍNICA NUESTRA SECCIONA DE LOS REMEDIOS Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abn/2020 Versión: 002		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Jhonny Pardo		CARGO Jefe de Prevención	
FECHA DE INSPECCIÓN 01/11/2020		SERVICIO UCI PEO	
TURNO M		PROCEDIMIENTO OBSERVADO X	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento	
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
Glady	Ledy	Elisa	Duz Aydo
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	2	3	4
1 Elemento dañado	2 No Disponible	3 Olvido	4 Desconoce Estándar
5 Otras Observaciones:			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
Estándares a evaluar			
1	2	3	4
Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames.	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Admiso o por gotas: Mascareta Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascareta de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.
Si	Si	Si	Si
Si	Si	Si	Si
Si	Si	Si	Si
Si	Si	Si	Si

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	Fecha: 8/ABR/2020	Versión: 002
5	Siempre descarta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	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	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornamentos y con suela antideslizante.	Si	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	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS						
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN						
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO						
FIRMA DEL COLABORADOR		Gilda		Jeyor 8		Charr
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS						
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN						
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen Total						
Trabajadores Observados *100						

CLÍNICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS 08 NOV 2021		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abri/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA JUDY ALFARO		CARGO Jefe de Mantenimiento	
FECHA DE INSPECCIÓN 08/11/2021		SERVICIO Mantenimiento	
TURNO M		PROCEDIMIENTO OBSERVADO X	
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: J. ALFARO Trabajador No 2: M. RIVERA Trabajador No 3: C. RIVERA Trabajador No 4: D. ALFARO			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvído		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la desinfección antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, protección por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen Total		Trabajadores Observados		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
FIRMA DEL COLABORADOR		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		TOTAL ITEMS OBSERVADOS		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		TOTAL ITEMS OBSERVADOS	
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	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	Si	Si	Si	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornatos y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	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	Si	Si	Si	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10		10		10		10		10	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10		10		10		10		10	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100		100		100		100		100	
FIRMA DEL COLABORADOR		[Firma]		[Firma]		[Firma]		[Firma]		[Firma]	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		10		10		10		10		10	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		10		10		10		10		10	
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen Total		10		10		10		10		10	

Código: SST-FR-090

Fecha: 8/abn/2020

Versión: 002

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

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Luz Aída Sanchez

CARGO Enfermera

FECHA DE INSPECCIÓN 8-11/21

SERVICIO Clínica

TURNO M

PROCEDIMIENTO OBSERVADO

TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
	Harold Bettin	Luz Aída Sanchez	Dora Pena	Angie Ace

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA

Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento

	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
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 Dental Plástico	NA	NA	NA	NA
10 Dental en PVC	NA	NA	NA	NA
11 Bata	NA	NA	NA	NA
12 Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13 Otro ()				

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE CON UNA (X) SEGUN OPCION

Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal

	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
1 Elemento dañado				
2 No Disponible				
3 Olvido				
4 Desconoce Estándar				
5 Otras Observaciones:				

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO

Estándares a evaluar

	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
1 Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amanta 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 enseñando 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: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI

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

CÓDIGO: SST-FR-090 FECHA: 8/ABRIL/2020 VERSIÓN: 002		CLÍNICA NUESTRA SERVICIO DE LOS RÍMOS		FORMATO: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Hilda Mijangas Ramirez		CARGO Responsable Inspección		FECHA DE INSPECCIÓN 07 NOV 2021		SERVICIO UCA		TURNO M		PROCEDIMIENTO OBSERVADO ✓		TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Claudia Trabajador No 2: Valentina Trabajador No 3: Gladis Trabajador No 4: Cruz		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NA: NO TIENE NA: NO APLICA																				
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento																				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NA: NO TIENE NA: NO APLICA																				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal																				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN																				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO																				
Estándares a evaluar																				
1	Elemento dañado																			
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial																			
13	Otro ()																			

CLÍNICA NUESTRA SERVICIO DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad							
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	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	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	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	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%					
FIRMA DEL COLABORADOR		Claudia Correa	Valentina E.	Chays	Enay		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN							
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.							
Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Mónica

CARGO: +12

FECHA DE INSPECCIÓN: U22

SERVICIO: M

TURNO: N

PROCEDIMIENTO OBSERVADO: U22

TRABAJADORES OBSERVADOS:

Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
<u>Leonel</u>	<u>Dionisio</u>	<u>Edvard</u>	<u>Ivaz E</u>

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
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gautes	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Detallal Plástico	NA	NA
10	Detallal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ()		

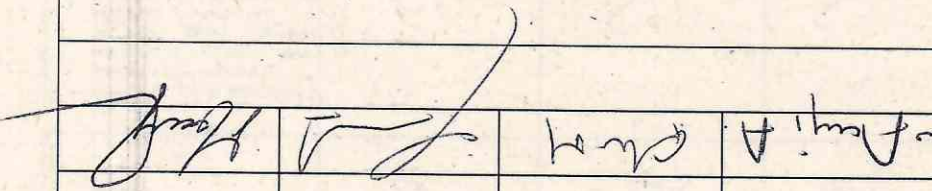
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
Estándares a evaluar			
MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvido		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		

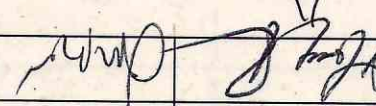
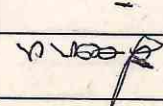
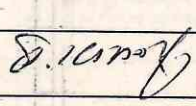
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN			
Estándares a evaluar			
MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiéptica si no amienta lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020			
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reempujar agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardán 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.	Si	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100			
FIRMA DEL COLABORADOR		Leonor	Davis	Figueroa	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Observados*100					

06 NOV 2021 CLÍNICA NUESTRA SEMEPA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/ABR/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Jenny Jara CARGO: UCI MED FECHA DE INSPECCIÓN: UCI MED SERVICIO: UCI MED TURNO: M PROCEDIMIENTO OBSERVADO: T N			
TRABAJADORES OBSERVADOS:			
Trabajador No 1: Angi		Trabajador No 2: Elsa	
Trabajador No 3: Eduar		Trabajador No 4: Mary	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gantes	C	C
7	Bata Antibufo	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Detallal Plástico	NA	NA
10	Detallal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ()		
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
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
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	Si	Si

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020					
5	Siempre desecha los cortapuntas inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardán antes de su uso.	Si	Si	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	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornatos y con suela antideslizante.	Si	Si	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	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO							
FIRMA DEL COLABORADOR							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS							
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN							
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							

CLÍNICA NUESTRA SERENA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abnl/2020		Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA CARGO FECHA DE INSPECCIÓN SERVICIO TURNO									
PROCEDIMIENTO OBSERVADO TRABAJADORES OBSERVADOS									
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	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antilíquidos	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()								
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN									
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 amaña lavado de manos.	SI	SI	SI	SI	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	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o deramies.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Adecuado o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020			
5	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar, reempulsar agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardán 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.	Si	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%			
FIRMA DEL COLABORADOR		  			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abn/2020 Versión: 002		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad									
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Any. Arce CARGO: Doc. de Enfermería FECHA DE INSPECCIÓN: 05-Nov-2021 SERVICIO: Unidad		TURNO: M PROCEDIMIENTO OBSERVADO: X TRABAJADORES OBSERVADOS: <table border="1"> <tr> <td>Trabajador No 1</td> <td>Trabajador No 2</td> <td>Trabajador No 3</td> <td>Trabajador No 4</td> </tr> <tr> <td>Loz Erid</td> <td>Valentina</td> <td>Dora P</td> <td>Hada</td> </tr> </table>		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	Loz Erid	Valentina	Dora P	Hada
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4								
Loz Erid	Valentina	Dora P	Hada								
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA											
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal											
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN											
Elemento dañado											
No Disponible											
Olvido											
Desconoce Estándar											
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.	Sí	Sí								
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Sí	Sí								
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Sí	Sí								
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio, Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, protección por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Sí	Sí								

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardán antes de su uso.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
		Si	Si	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	Si	Si
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornamentos y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
		Si	Si	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	Si	Si
		Si	Si	Si	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>figueroa</i>	<i>figueroa</i>	<i>figueroa</i>	<i>figueroa</i>	<i>figueroa</i>	<i>figueroa</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4	4	4	4	4
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4	4	4	4	4
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No.		Trabajadores que cumplen/TOTAL Trabajadores Observados*100					