

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Unidades	UNIDAD	Mujeres B

FECHA: 14-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/
2. GORRO	/		X	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X			/	/	/	/
4. MASCARILLA N95	/			/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X			/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/			/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/			/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/			/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/			/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/			/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X			/	/	/	/
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karel Ceranado	Trabajador/funcionario Trazador	Diego Fonseca / <i>[Signature]</i>
------------------------	----------------	---------------------------------	------------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/05/2022
SERVICIO	Unidades	UNIDAD	Mujeres B

FECHA:

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	X			/	/	/	/
2. GORRO	X			/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X			/	/	/	/
4. MASCARILLA N96	/		X	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X		/	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/		X	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/			/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	X			/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/			/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/			/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X			/	/	/	/
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karel Ceranado	Trabajador/funcionario Trazador	Gisa Rincon / <i>[Signature]</i>
------------------------	----------------	---------------------------------	----------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Unidades	UNIDAD	Unidad mujeres B

FECHA: 2021-09-14							
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X				
2. GORRO	X						
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X						
4. MASCARILLA N95	/						
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X						
6. OVEROL COMPLETO	/						
7. GUANTES DE LATEX	/						
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/						
9. GUANTES DE NEOPRENO	/						
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/						
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X						
TOTAL:	/						

Responsable Inspección	Karel Ceranado	Trabajador/funcionario Trazador	Andrea Gutierrez / Karel Ceranado
------------------------	----------------	---------------------------------	-----------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022
SERVICIO	Unidades	UNIDAD	Mujeres B

FECHA: 14-09-2021							
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X				
2. GORRO	X						
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X						
4. MASCARILLA N96	/						
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X						
6. OVEROL COMPLETO	/						
7. GUANTES DE LATEX	/						
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/						
9. GUANTES DE NEOPRENO	/						
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/						
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X						
TOTAL:	/						

Responsable Inspección	Karel Ceranado	Trabajador/funcionario Trazador	Zulma Diaz / Karel Ceranado
------------------------	----------------	---------------------------------	-----------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3																																																																																																															
USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022																																																																																																																
FECHA: 15/06/2021																																																																																																																		
SERVICIO	Unidades		UNIDAD	Mejoras B																																																																																																														
FECHA: 14-01-2021																																																																																																																		
<table><thead><tr><th rowspan="2">CRITERIO</th><th colspan="3">EVALUACION</th><th rowspan="2">HALLAZGO</th><th colspan="3">PLAN DE MEJORAMIENTO</th></tr><tr><th>SI</th><th>NO</th><th>NA</th><th>ACTIVIDAD</th><th>FECHA</th><th>RESPONSABLE</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. CARETA O VISOR, GAFAS</td><td>/</td><td></td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>2. GORRO</td><td>X</td><td></td><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>3. MASCARILLA QUIRURGICA</td><td>X</td><td></td><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>4. MASCARILLA N95</td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS</td><td>X</td><td></td><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>6. OVEROL COMPLETO</td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>7. GUANTES DE LATEX</td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA</td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>9. GUANTES DE NEOPRENO</td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>10. BOTAS PUNTA DE ACERO</td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)</td><td>X</td><td></td><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>TOTAL:</td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr></tbody></table>					CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO			SI	NO	NA	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE	1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/	2. GORRO	X			/	/	/	/	3. MASCARILLA QUIRURGICA	X			/	/	/	/	4. MASCARILLA N95	/			/	/	/	/	5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X			/	/	/	/	6. OVEROL COMPLETO	/			/	/	/	/	7. GUANTES DE LATEX	/			/	/	/	/	8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/			/	/	/	/	9. GUANTES DE NEOPRENO	/			/	/	/	/	10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/			/	/	/	/	11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X			/	/	/	/	TOTAL:	/			/	/	/	/
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO		PLAN DE MEJORAMIENTO																																																																																																												
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE																																																																																																											
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/																																																																																																											
2. GORRO	X			/	/	/	/																																																																																																											
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X			/	/	/	/																																																																																																											
4. MASCARILLA N95	/			/	/	/	/																																																																																																											
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X			/	/	/	/																																																																																																											
6. OVEROL COMPLETO	/			/	/	/	/																																																																																																											
7. GUANTES DE LATEX	/			/	/	/	/																																																																																																											
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/			/	/	/	/																																																																																																											
9. GUANTES DE NEOPRENO	/			/	/	/	/																																																																																																											
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/			/	/	/	/																																																																																																											
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X			/	/	/	/																																																																																																											
TOTAL:	/			/	/	/	/																																																																																																											
Responsable Inspección	Karol Cernado		Trabajador/funcionario Trazador	Carmel Sanchez / 14/01/21																																																																																																														
CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4																																																																																																															
USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023																																																																																																																
FECHA: 15/06/2022																																																																																																																		
SERVICIO			UNIDAD																																																																																																															
FECHA:																																																																																																																		
<table><thead><tr><th rowspan="2">CRITERIO</th><th colspan="3">EVALUACION</th><th rowspan="2">HALLAZGO</th><th colspan="3">PLAN DE MEJORAMIENTO</th></tr><tr><th>SI</th><th>NO</th><th>NA</th><th>ACTIVIDAD</th><th>FECHA</th><th>RESPONSABLE</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. CARETA O VISOR, GAFAS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2. GORRO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3. MASCARILLA QUIRURGICA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4. MASCARILLA N96</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6. OVEROL COMPLETO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7. GUANTES DE LATEX</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9. GUANTES DE NEOPRENO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10. BOTAS PUNTA DE ACERO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>TOTAL:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO			SI	NO	NA	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE	1. CARETA O VISOR, GAFAS								2. GORRO								3. MASCARILLA QUIRURGICA								4. MASCARILLA N96								5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS								6. OVEROL COMPLETO								7. GUANTES DE LATEX								8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA								9. GUANTES DE NEOPRENO								10. BOTAS PUNTA DE ACERO								11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)								TOTAL:							
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO		PLAN DE MEJORAMIENTO																																																																																																												
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE																																																																																																											
1. CARETA O VISOR, GAFAS																																																																																																																		
2. GORRO																																																																																																																		
3. MASCARILLA QUIRURGICA																																																																																																																		
4. MASCARILLA N96																																																																																																																		
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS																																																																																																																		
6. OVEROL COMPLETO																																																																																																																		
7. GUANTES DE LATEX																																																																																																																		
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA																																																																																																																		
9. GUANTES DE NEOPRENO																																																																																																																		
10. BOTAS PUNTA DE ACERO																																																																																																																		
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)																																																																																																																		
TOTAL:																																																																																																																		
Responsable Inspección			Trabajador/funcionario Trazador																																																																																																															

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Oficinas	UNIDAD	Administración

FECHA: 23-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X				
2. GORRO	/		X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/				
4. MASCARILLA N95	/		X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/		X				
6. OVEROL COMPLETO	/		X				
7. GUANTES DE LATEX	/		X				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		X				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/		X				
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Monica Flores
		1057588728	

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022
SERVICIO	Cafeteria (Admon)	UNIDAD	Cafeteria (Admon)

FECHA: 23-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X				
2. GORRO	/		X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/				
4. MASCARILLA N96	/		X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/		X				
6. OVEROL COMPLETO	/		X				
7. GUANTES DE LATEX	/		X				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		X				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/		X				
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Blanca Alicia Palacios
		440013060	

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3	
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022	
			FECHA: 15/06/2021	
SERVICIO	Apoyo Terapeutico		UNIDAD	Apoyo Terapeutico
FECHA:	23-09-2021			

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/
2. GORRO	/		X	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N95	/		X	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X		/	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/		/	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/		/	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		/	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		/	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		/	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X		/	/	/	/	/
TOTAL:	/		/	/	/	/	/

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Leis Fernando Lopez / C.C. 9534891
------------------------	----------------	---------------------------------	---------------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4	
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023	
			FECHA: 15/06/2022	
SERVICIO	Edo. Fisico		UNIDAD	Apoyo Terapeutico
FECHA:	23-09-2021			

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/
2. GORRO	/		X	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N95	/		X	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/		X	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/		X	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/		X	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		X	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X		/	/	/	/	/
TOTAL:	/		/	/	/	/	/

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Edixon Coronado
------------------------	----------------	---------------------------------	-----------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Farmacia	UNIDAD	Apoyo Diagnostico


EVALUACION				PLAN DE MEJORAMIENTO			
CRITERIO	SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/
2. GORRO	/		X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/				
4. MASCARILLA N95	/		X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X		/				
6. OVEROL COMPLETO	/		X				
7. GUANTES DE LATEX	/		X				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		X				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X		/				
TOTAL:							

Responsable Inspección	Roval Cornejo	Trabajador/funcionario Trazador	Lilia Pacheco
------------------------	---------------	---------------------------------	---------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022
SERVICIO	Farmacia	UNIDAD	Apoyo Terapeutico

EVALUACION				PLAN DE MEJORAMIENTO			
CRITERIO	SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/
2. GORRO	/		X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/				
4. MASCARILLA N95	/		X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X		/				
6. OVEROL COMPLETO	/		X				
7. GUANTES DE LATEX	/		X				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		X				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X		/				
TOTAL:	/		X				

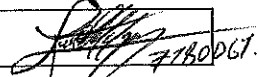
Responsable Inspección	Roval Cornejo	Trabajador/funcionario Trazador	Alina Andrea Garcia
------------------------	---------------	---------------------------------	---------------------

Responsable Inspección	Keral Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Pedro Luis /  10496520
------------------------	----------------	---------------------------------	---

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	mantenimiento	UNIDAD	mantenimiento

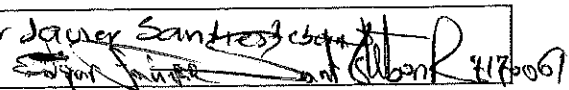
FECHA: 23-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	X	/	/	/	/
2. GORRO	/	/	X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/				
4. MASCARILLA N95	/	/	X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	X				
6. OVEROL COMPLETO	X	/	/				
7. GUANTES DE LATEX	/	/	X				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	X				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	X	/	/				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/	/	X				
TOTAL:	/	/	/				

Responsable Inspección	Karol Cernado	Trabajador/funcionario Trazador	José Orlando Torres / 
------------------------	---------------	---------------------------------	---

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022
SERVICIO		UNIDAD	

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	X	/	/	/	/
2. GORRO	/	/	X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/				
4. MASCARILLA N95	/	/	X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	X				
6. OVEROL COMPLETO	X	/	/				
7. GUANTES DE LATEX	/	/	X				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	X				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	X	/	/				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/	/	X				
TOTAL:	/	/	/				

Responsable Inspección	Karol Cernado	Trabajador/funcionario Trazador	Edgar Javier Santros / 
------------------------	---------------	---------------------------------	---

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Trabajo Social	UNIDAD	Apoyo Diagnóstico

FECHA: 23-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	X	/	/	/	/
2. GORRO	/	/	X	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N95	/	/	X	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X	/	/	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/	/	X	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/	/	X	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	X	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	X	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	X	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X	/	/	/	/	/	/
TOTAL:	/	/	/	/	/	/	/

Responsable Inspección	Koral Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Sandra Montaña / Ponque 23944672
------------------------	----------------	---------------------------------	----------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022

SERVICIO	Trabajo Social	UNIDAD	Apoyo Diagnóstico
----------	----------------	--------	-------------------

FECHA:

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	X	/	/	/	/
2. GORRO	/	/	X	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N95	/	/	X	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X	/	/	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/	/	X	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/	/	X	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	X	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	X	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	X	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X	/	/	/	/	/	/
TOTAL:	/	/	/	/	/	/	/

Responsable Inspección	Koral Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Maureen Yanira / Ponque 40022104 trj
------------------------	----------------	---------------------------------	--------------------------------------

CRIB	Ronda de Seguridad		Version: 3					
	USO DE EPP		Codigo: F-CMC-SP-022					
			Fecha: 15/06/2021					
Servicio	Laboratorio		Unidad	Laboratorio				
Fecha:	23-09-2021							
Criterio		Evaluación		Plan de Mejoramiento				
		SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS		/	/	X	/	/	/	/
2. GORRO		X	/	/	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA		X	/	/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N95		/	/	/	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS		X	/	/	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO		/	/	X	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX		/	/	X	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA		/	/	X	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO		/	/	X	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO		/	/	X	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)		X	/	/	/	/	/	/
TOTAL:		/	/	/	/	/	/	/
Responsable Inspección	Karel Coronado		Trabajador/funcionario Trazador	Angela Cabezas / 28698222				
CRIB	Ronda de Seguridad		Version: 4					
	USO DE EPP		Codigo: F-CMC-SP-023					
			Fecha: 15/06/2022					
Servicio	Laboratorio		Unidad	Laboratorio				
Fecha:	23-09-2021							
Criterio		Evaluación		Plan de Mejoramiento				
		SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS		X	/	/	/	/	/	/
2. GORRO		X	/	/	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA		X	/	/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N95		X	/	/	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS		X	/	/	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO		X	/	/	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX		/	/	X	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA		/	/	X	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO		/	/	X	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO		/	/	X	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)		X	/	/	/	/	/	/
TOTAL:		/	/	/	/	/	/	/
Responsable Inspección	Karel Coronado		Trabajador/funcionario Trazador	Patricia Amart / 51149388				

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3					
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022					
			FECHA: 15/05/2021					
SERVICIO	Talento Humano		UNIDAD	Oficinas Admin				
FECHA: 23-09-2021								
EVALUACION						PLAN DE MEJORAMIENTO		
CRITERIO	SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE	
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	/	/	/	/	/	
2. GORRO	/	/	/	/	/	/	/	
3. MASCARILLA QUIRURGICA	x	/	/	/	/	/	/	
4. MASCARILLA N95	/	/	/	/	/	/	/	
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	/	/	/	/	/	
6. OVEROL COMPLETO	/	/	/	/	/	/	/	
7. GUANTES DE LATEX	/	/	/	/	/	/	/	
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	/	/	/	/	/	
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	/	/	/	/	/	
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	/	/	/	/	/	
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/	/	/	/	/	/	/	
TOTAL:								
Responsable Inspección	Karel Coronado			Trabajador/funcionario Trazador	Clara Ines Camacho / Clara Maldonado 24040871			
CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4					
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023					
			FECHA: 15/05/2022					
SERVICIO	Talento Humano		UNIDAD	Oficinas Admin				
FECHA:								
EVALUACION							PLAN DE MEJORAMIENTO	
CRITERIO	SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE	
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	x	/	/	/	/	
2. GORRO	/	/	x	/	/	/	/	
3. MASCARILLA QUIRURGICA	x	/	/	/	/	/	/	
4. MASCARILLA N96	/	/	x	/	/	/	/	
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	x	/	/	/	/	
6. OVEROL COMPLETO	/	/	x	/	/	/	/	
7. GUANTES DE LATEX	/	/	x	/	/	/	/	
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	x	/	/	/	/	
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	x	/	/	/	/	
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	x	/	/	/	/	
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/	/	x	/	/	/	/	
TOTAL:								
Responsable Inspección	Karel Coronado			Trabajador/funcionario Trazador	Jesus Salamanca / Jesus 428614			

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Tesorería	UNIDAD	Administración

FECHA: 23-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/
2. GORRO	/		X	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N95	/		X	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/		X	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/		X	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/		X	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		X	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/		X	/	/	/	/
TOTAL:	/		X	/	/	/	/

Responsable Inspección	Nidia Cardenas	Trabajador/funcionario	Nidia Cardenas
	Karel Coronado		32732488

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022

SERVICIO	Tesorería	UNIDAD	Administración
----------	-----------	--------	----------------

FECHA: 23-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/
2. GORRO	/		X	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N95	/		X	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/		X	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/		X	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/		X	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		X	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/		X	/	/	/	/
TOTAL:	/		X	/	/	/	/

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario	Karel Coronado
			40 042 945 +

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Subgerencia Científica	UNIDAD -	Adman

FECHA: 23-09-2021.

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/
2. GORRO	/		X	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N95	/		X	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/		X	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/		X	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/		X	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		X	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/		X	/	/	/	/
TOTAL:	/	/	X	/	/	/	/

Responsable Inspección	Karel Cernudo	Trabajador/funcionario Trazador	Monico Cardenas / Monico Cardenas
------------------------	---------------	---------------------------------	-----------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022
SERVICIO	Oficina	UNIDAD	Tecnic

FECHA: 23-09-2021.

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/
2. GORRO	/		X	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N96	/		X	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/		X	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/		X	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/		X	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		X	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/		X	/	/	/	/
TOTAL:	/	/	X	/	/	/	/

Responsable Inspección	Karel Cernudo	Trabajador/funcionario Trazador	Lazarro Benitez / 7922342
------------------------	---------------	---------------------------------	---------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Oficinas	UNIDAD	Administración

FECHA: 23-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	X	/	/	/	/
2. GORRO	/	/	X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/				
4. MASCARILLA N95	/	/	X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	X				
6. OVEROL COMPLETO	/	/	X				
7. GUANTES DE LATEX	/	/	X				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	X				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	X				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/	/	X				
TOTAL:	/	/	X				

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Karen Daza / Karen Daza 1-052-600-923
------------------------	----------------	---------------------------------	---------------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022
SERVICIO	Oficinas	UNIDAD	Administración

FECHA: 23-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	X	/	/	/	/
2. GORRO	/	/	X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/				
4. MASCARILLA N95	/	/	X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	X				
6. OVEROL COMPLETO	/	/	X				
7. GUANTES DE LATEX	/	/	X				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	X				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	X				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/	/	X				
TOTAL:	/	/	X				

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Nubia Vasquez / Nubia 23-810-177
------------------------	----------------	---------------------------------	----------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3				
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022				
			FECHA: 15/06/2021				
SERVICIO	Citas referencia	UNIDAD	Consulta externa				
FECHA: 23-09-2021							
CRITERIO	EVALUACION			PLAN DE MEJORAMIENTO			
	SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X				
2. GORRO	/		X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/				
4. MASCARILLA N95	/		✓				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/		X				
6. OVEROL COMPLETO	/		✓				
7. GUANTES DE LATEX	/		✓				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		X				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		+				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		✓				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/		X				
TOTAL:	/		/				
Responsable Inspección	Karel Coronado		Trabajador/funcionario Trazador	Daniel Montoya 18/09/2022			

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4				
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023				
			FECHA: 15/06/2022				
SERVICIO	Citas referencia	UNIDAD	Consulta externa				
FECHA: 23-09-2021							
CRITERIO	EVALUACION			PLAN DE MEJORAMIENTO			
	SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	X	/					
2. GORRO	/		X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X						
4. MASCARILLA N95	/		X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/		X				
6. OVEROL COMPLETO	/		X				
7. GUANTES DE LATEX	/		X				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		✓				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/		X				
TOTAL:	X		X				
Responsable Inspección	Karel Coronado		Trabajador/funcionario Trazador	Pilar Paredes Ochoa 23/09/2021			

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Citas facturación	UNIDAD	Consulta Externa

FECHA: 23-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	X	/					
2. GORRO	/	/	X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/					
4. MASCARILLA N95	/	/	X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	X				
6. OVEROL COMPLETO	/	/	X				
7. GUANTES DE LATEX	/	/	X				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	X				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	X				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/	/	X				
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karel Cermeño	Trabajador/funcionario Trazador	Diana Paola Salomon / Diana P. Salomon 1041642749
------------------------	---------------	---------------------------------	--

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022
SERVICIO	Citas referencia	UNIDAD	Consulta Externa

FECHA:

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	X	/					
2. GORRO	/	/	X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/				
4. MASCARILLA N95	/	/	X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	X				
6. OVEROL COMPLETO	/	/	X				
7. GUANTES DE LATEX	/	/	X				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	X				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	X				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/	/	X				
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karel Cermeño	Trabajador/funcionario Trazador	Silvia Almero Silva 1041632578
------------------------	---------------	---------------------------------	-----------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Referencia/Facturación	UNIDAD	Referencia /Admon

FECHA:					PLAN DE MEJORAMIENTO		
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	SI	NO	NA				
2. GORRO			X				
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X						
4. MASCARILLA N95			X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS			X				
6. OVEROL COMPLETO			X				
7. GUANTES DE LATEX			X				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA			X				
9. GUANTES DE NEOPRENO			X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO			X				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)			X				
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Milena Niño / [Firma] 1103713629
------------------------	----------------	---------------------------------	----------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022
SERVICIO	Referencia/Facturación	UNIDAD	Referencia /Admon

FECHA:					PLAN DE MEJORAMIENTO		
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	SI	NO	NA				
2. GORRO							
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X						
4. MASCARILLA N96							
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS							
6. OVEROL COMPLETO							
7. GUANTES DE LATEX							
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA							
9. GUANTES DE NEOPRENO							
10. BOTAS PUNTA DE ACERO							
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)							
TOTAL:							

Responsable Inspección		Trabajador/funcionario Trazador	
------------------------	--	---------------------------------	--

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3																																																																																																															
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022																																																																																																															
			FECHA: 15/06/2021																																																																																																															
SERVICIO	Estadística		UNIDAD	Admon																																																																																																														
FECHA: 23-09-2021																																																																																																																		
<table><thead><tr><th rowspan="2">CRITERIO</th><th colspan="3">EVALUACION</th><th rowspan="2">HALLAZGO</th><th colspan="3">PLAN DE MEJORAMIENTO</th></tr><tr><th>SI</th><th>NO</th><th>NA</th><th>ACTIVIDAD</th><th>FECHA</th><th>RESPONSABLE</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. CARETA O VISOR, GAFAS</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>2. GORRO</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>3. MASCARILLA QUIRURGICA</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>4. MASCARILLA N95</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>6. OVEROL COMPLETO</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>7. GUANTES DE LATEX</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>9. GUANTES DE NEOPRENO</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>10. BOTAS PUNTA DE ACERO</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td colspan="5">TOTAL:</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO			SI	NO	NA	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE	1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	X	/	/	/	/	2. GORRO	/	/	X	/	/	/	/	3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/	/	/	/	/	4. MASCARILLA N95	/	/	X	/	/	/	/	5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	X	/	/	/	/	6. OVEROL COMPLETO	/	/	X	/	/	/	/	7. GUANTES DE LATEX	/	/	X	/	/	/	/	8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	X	/	/	/	/	9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	X	/	/	/	/	10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	X	/	/	/	/	11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/	/	X	/	/	/	/	TOTAL:							
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO		PLAN DE MEJORAMIENTO																																																																																																												
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE																																																																																																											
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
2. GORRO	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
4. MASCARILLA N95	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
6. OVEROL COMPLETO	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
7. GUANTES DE LATEX	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
TOTAL:																																																																																																																		
Responsabl e Inspección	Karel Coronado		Trabajador/funcionario Trazador	Olqita Badista 23.754.544																																																																																																														
CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4																																																																																																															
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023																																																																																																															
			FECHA: 15/06/2022																																																																																																															
SERVICIO	Oficinas		UNIDAD	Admon																																																																																																														
FECHA: 23-09-2021																																																																																																																		
<table><thead><tr><th rowspan="2">CRITERIO</th><th colspan="3">EVALUACION</th><th rowspan="2">HALLAZGO</th><th colspan="3">PLAN DE MEJORAMIENTO</th></tr><tr><th>SI</th><th>NO</th><th>NA</th><th>ACTIVIDAD</th><th>FECHA</th><th>RESPONSABLE</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. CARETA O VISOR, GAFAS</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>2. GORRO</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>3. MASCARILLA QUIRURGICA</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>4. MASCARILLA N96</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>6. OVEROL COMPLETO</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>7. GUANTES DE LATEX</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>9. GUANTES DE NEOPRENO</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>10. BOTAS PUNTA DE ACERO</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)</td><td>/</td><td>/</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td colspan="5">TOTAL:</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO			SI	NO	NA	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE	1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	X	/	/	/	/	2. GORRO	/	/	X	/	/	/	/	3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/	/	/	/	/	4. MASCARILLA N96	/	/	X	/	/	/	/	5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	X	/	/	/	/	6. OVEROL COMPLETO	/	/	X	/	/	/	/	7. GUANTES DE LATEX	/	/	X	/	/	/	/	8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	X	/	/	/	/	9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	X	/	/	/	/	10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	X	/	/	/	/	11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/	/	X	/	/	/	/	TOTAL:							
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO		PLAN DE MEJORAMIENTO																																																																																																												
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE																																																																																																											
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
2. GORRO	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
4. MASCARILLA N96	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
6. OVEROL COMPLETO	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
7. GUANTES DE LATEX	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/	/	X	/	/	/	/																																																																																																											
TOTAL:																																																																																																																		
Responsabl e Inspección	Karel Coronado		Trabajador/funcionario Trazador	Mireya Peralta 466194																																																																																																														

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Sistemas	UNIDAD	Oficina 5

EVALUACION				PLAN DE MEJORAMIENTO			
CRITERIO	SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/
2. GORRO	/		X	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N95	/		X	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/		X	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/		X	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/		X	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		X	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	/		X	/	/	/	/
TOTAL:	/		X	/	/	/	/

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Camilo Paduquez / Conito Andre Paduquez
------------------------	----------------	---------------------------------	---

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022

SERVICIO	Farmacia	UNIDAD	Apoyo diagnóstico
----------	----------	--------	-------------------

EVALUACION				PLAN DE MEJORAMIENTO			
CRITERIO	SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/		X	/	/	/	/
2. GORRO	/		X	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X		/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N95	/		X	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/		X	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/		X	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/		X	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/		X	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X		/	/	/	/	/
TOTAL:	/		X	/	/	/	/

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Andrea Famaora / [Signature]
------------------------	----------------	---------------------------------	------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Admón (Apoyo Operativo)	UNIDAD -	Admón

FECHA: 28-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	X						
2. GORRO	X						
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X						
4. MASCARILLA N95							
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS							
6. OVEROL COMPLETO							
7. GUANTES DE LATEX							
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA							
9. GUANTES DE NEOPRENO							
10. BOTAS PUNTA DE ACERO							
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X						
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Nataly Melo / Nataly Melo 89684869
------------------------	----------------	---------------------------------	---------------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022

SERVICIO	Farmacia	UNIDAD	Apoyo diagnóstico
----------	----------	--------	-------------------

FECHA: 28-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS							
2. GORRO	X						
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X						
4. MASCARILLA N96							
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X						
6. OVEROL COMPLETO							
7. GUANTES DE LATEX							
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA							
9. GUANTES DE NEOPRENO							
10. BOTAS PUNTA DE ACERO							
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X						
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Karen Flores J. / Karen Flores J. 1140835503
------------------------	----------------	---------------------------------	---

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Apoyo diagnóstico		UNIDAD - Apoyo diagnóstico
FECHA:			
EVALUACION		PLAN DE MEJORAMIENTO	
CRITERIO	SI	NO	NA
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	/
2. GORRO	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/
4. MASCARILLA N95	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X	/	/
TOTAL:	1		

Responsable Inspección	Karel Carrasco	Trabajador/funcionario Trazador	Maureen Yanez
------------------------	----------------	---------------------------------	---------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022
SERVICIO		UNIDAD	

FECHA:							
EVALUACION							
CRITERIO	SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS							
2. GORRO							
3. MASCARILLA QUIRURGICA							
4. MASCARILLA N95							
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS							
6. OVEROL COMPLETO							
7. GUANTES DE LATEX							
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA							
9. GUANTES DE NEOPRENO							
10. BOTAS PUNTA DE ACERO							
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)							
TOTAL:							

Responsable Inspección		Trabajador/funcionario Trazador	Maureen Yanez
------------------------	--	---------------------------------	---------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3				
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022				
			FECHA: 15/06/2021				
SERVICIO	Apoyo Diagnóstico		UNIDAD	Apoyo Diagnóstico			
FECHA: 28-09-2021							
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS							
2. GORRO							
3. MASCARILLA QUIRURGICA	✓						
4. MASCARILLA N95							
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS							
6. OVEROL COMPLETO							
7. GUANTES DE LATEX							
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA							
9. GUANTES DE NEOPRENO							
10. BOTAS PUNTA DE ACERO							
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	✓						
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karol Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Edixon Coronado / 1053609286
------------------------	----------------	---------------------------------	------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4	
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023	
			FECHA: 15/06/2022	
SERVICIO	Almacén		UNIDAD	Almacén
FECHA: 28-09-2021				

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS							
2. GORRO	✓						
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X						
4. MASCARILLA N95							
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS							
6. OVEROL COMPLETO							
7. GUANTES DE LATEX							
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA							
9. GUANTES DE NEOPRENO							
10. BOTAS PUNTA DE ACERO							
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)							
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karol Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Pablo Casas / J. Casas
------------------------	----------------	---------------------------------	------------------------

Crib	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Clinicos	UNIDAD	Clinicos

FECHA:		EVALUACION				PLAN DE MEJORAMIENTO		
CRITERIO	SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE	
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/							
2. GORRO	X							
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X							
4. MASCARILLA N95	/							
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X							
6. OVEROL COMPLETO								
7. GUANTES DE LATEX								
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA								
9. GUANTES DE NEOPRENO								
10. BOTAS PUNTA DE ACERO								
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)								
TOTAL:								

Responsable Inspección	Karol Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Maqueline Mora / Juep Hualc
------------------------	----------------	---------------------------------	-----------------------------

Crib	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022
SERVICIO	Clinicos	UNIDAD	Clinicos

FECHA:		EVALUACION				PLAN DE MEJORAMIENTO		
CRITERIO	SI	NO	NA	HALLAZGO	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE	
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/							
2. GORRO	X							
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X							
4. MASCARILLA N96								
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS								
6. OVEROL COMPLETO								
7. GUANTES DE LATEX								
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA								
9. GUANTES DE NEOPRENO								
10. BOTAS PUNTA DE ACERO								
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X							
TOTAL:								

Responsable Inspección	Karol Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Jorena Gomez
------------------------	----------------	---------------------------------	--------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Clinicos	UNIDAD	Clinicos

FECHA: 28-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	X						
2. GORRO	X						
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X						
4. MASCARILLA N95	/		X				
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X		/				
6. OVEROL COMPLETO	/		X				
7. GUANTES DE LATEX	/		A				
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	X		/				
9. GUANTES DE NEOPRENO	/		X				
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/		X				
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X		/				
TOTAL:	/		/				

Responsable Inspección	Rivel Cercado	Trabajador/funcionario Trazador	María Clara Perul / 26020616 Ma en 22
------------------------	---------------	---------------------------------	--

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022
SERVICIO	Clinicos	UNIDAD	Clinicos

FECHA: 28-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/						
2. GORRO	X						
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X						
4. MASCARILLA N95	/						
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X						
6. OVEROL COMPLETO	/						
7. GUANTES DE LATEX	/						
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/						
9. GUANTES DE NEOPRENO	/						
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/						
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X						
TOTAL:	/						

Responsable Inspección	Rivel Cercado	Trabajador/funcionario Trazador	Gloria Nella Sierra / 46.366.359
------------------------	---------------	---------------------------------	----------------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3																																																																																																															
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022																																																																																																															
			FECHA: 15/06/2021																																																																																																															
SERVICIO	Cronico		UNIDAD	Cronicos																																																																																																														
FECHA: 28-09-2021																																																																																																																		
<table><thead><tr><th rowspan="2">CRITERIO</th><th colspan="3">EVALUACION</th><th rowspan="2">HALLAZGO</th><th colspan="3">PLAN DE MEJORAMIENTO</th></tr><tr><th>SI</th><th>NO</th><th>NA</th><th>ACTIVIDAD</th><th>FECHA</th><th>RESPONSABLE</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. CARETA O VISOR, GAFAS</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>2. GORRO</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>3. MASCARILLA QUIRURGICA</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>4. MASCARILLA N95</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>6. OVEROL COMPLETO</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>7. GUANTES DE LATEX</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>9. GUANTES DE NEOPRENO</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>10. BOTAS PUNTA DE ACERO</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td colspan="8">TOTAL:</td></tr></tbody></table>					CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO			SI	NO	NA	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE	1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	/	/	/	/	/	2. GORRO	X	/	/	/	/	/	/	3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/	/	/	/	/	4. MASCARILLA N95	/	/	/	/	/	/	/	5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X	/	/	/	/	/	/	6. OVEROL COMPLETO	/	/	/	/	/	/	/	7. GUANTES DE LATEX	/	/	/	/	/	/	/	8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	/	/	/	/	/	9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	/	/	/	/	/	10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	/	/	/	/	/	11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X	/	/	/	/	/	/	TOTAL:							
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO		PLAN DE MEJORAMIENTO																																																																																																												
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE																																																																																																											
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
2. GORRO	X	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
4. MASCARILLA N95	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
6. OVEROL COMPLETO	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
7. GUANTES DE LATEX	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
TOTAL:																																																																																																																		
Responsable Inspección	Karel Coronado		Trabajador/funcionario Trazador	Yolielth Orogue / J. J. Torres 10416511125101																																																																																																														
CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4																																																																																																															
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023																																																																																																															
			FECHA: 15/06/2022																																																																																																															
SERVICIO	Laboratorio		UNIDAD	Laboratorio																																																																																																														
FECHA: 28-09-2021																																																																																																																		
<table><thead><tr><th rowspan="2">CRITERIO</th><th colspan="3">EVALUACION</th><th rowspan="2">HALLAZGO</th><th colspan="3">PLAN DE MEJORAMIENTO</th></tr><tr><th>SI</th><th>NO</th><th>NA</th><th>ACTIVIDAD</th><th>FECHA</th><th>RESPONSABLE</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. CARETA O VISOR, GAFAS</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>2. GORRO</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>3. MASCARILLA QUIRURGICA</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>4. MASCARILLA N95</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>6. OVEROL COMPLETO</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>7. GUANTES DE LATEX</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>9. GUANTES DE NEOPRENO</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>10. BOTAS PUNTA DE ACERO</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)</td><td>X</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td colspan="8">TOTAL:</td></tr></tbody></table>					CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO			SI	NO	NA	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE	1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	/	/	/	/	/	2. GORRO	X	/	/	/	/	/	/	3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/	/	/	/	/	4. MASCARILLA N95	/	/	/	/	/	/	/	5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	/	/	/	/	/	6. OVEROL COMPLETO	/	/	/	/	/	/	/	7. GUANTES DE LATEX	/	/	/	/	/	/	/	8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	/	/	/	/	/	9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	/	/	/	/	/	10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	/	/	/	/	/	11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X	/	/	/	/	/	/	TOTAL:							
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO		PLAN DE MEJORAMIENTO																																																																																																												
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE																																																																																																											
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
2. GORRO	X	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
4. MASCARILLA N95	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
6. OVEROL COMPLETO	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
7. GUANTES DE LATEX	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X	/	/	/	/	/	/																																																																																																											
TOTAL:																																																																																																																		
Responsable Inspección	Karel Coronado		Trabajador/funcionario Trazador	Angela Trujillo / J. J. Torres																																																																																																														

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3				
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022				
			FECHA: 15/06/2021				
SERVICIO	Inimputables		UNIDAD	Inimputables			
FECHA: 28-09-2021							
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/			/			
2. GORRO	/			/			
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X			/			
4. MASCARILLA N95	/			/			
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X			/			
6. OVEROL COMPLETO	/			/			
7. GUANTES DE LATEX	/			/			
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/			/			
9. GUANTES DE NEOPRENO	/			/			
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/			/			
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X			/			
TOTAL:	/			/			

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Andres Pineda / <i>[Signature]</i> 7184153
------------------------	----------------	---------------------------------	---

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4				
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023				
			FECHA: 15/06/2022				
SERVICIO	Inimputables		UNIDAD	Inimputables			
FECHA: 28-09-2021							
CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/			/			
2. GORRO	/			/			
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X			/			
4. MASCARILLA N96	/			/			
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X			/			
6. OVEROL COMPLETO	/			/			
7. GUANTES DE LATEX	/			/			
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/			/			
9. GUANTES DE NEOPRENO	/			/			
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/			/			
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X			/			
TOTAL:	/			/			

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Jefferson Sanchez / <i>[Signature]</i> 1069688/16
------------------------	----------------	---------------------------------	--

Jefferson Sanchez
de detección

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 3
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-022
			FECHA: 15/06/2021
SERVICIO	Inimputables	UNIDAD	Inimputables

FECHA: 28-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	/	/	/	/	/	/	/
2. GORRO	/	/	/	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N95	/	/	/	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X	/	/	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/	/	/	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/	/	/	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	/	/	/	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	/	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	/	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X	/	/	/	/	/	/
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Juan Carlos Faya / 07174246
------------------------	----------------	---------------------------------	-----------------------------

CRIB	RONDA DE SEGURIDAD		VERSION: 4
	USO DE EPP		CODIGO: F-CMC-SP-023
			FECHA: 15/06/2022

SERVICIO	Inimputables	UNIDAD	Inimputables
----------	--------------	--------	--------------

FECHA: 28-09-2021

CRITERIO	EVALUACION			HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO		
	SI	NO	NA		ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1. CARETA O VISOR, GAFAS	X	/	/	/	/	/	/
2. GORRO	/	/	/	/	/	/	/
3. MASCARILLA QUIRURGICA	X	/	/	/	/	/	/
4. MASCARILLA N96	/	/	/	/	/	/	/
5. BATA DESECHABLE O ANTIFLUIDOS	X	/	/	/	/	/	/
6. OVEROL COMPLETO	/	/	/	/	/	/	/
7. GUANTES DE LATEX	/	/	/	/	/	/	/
8. BOTAS DE CAUCHO SI APLICA	X	/	/	/	/	/	/
9. GUANTES DE NEOPRENO	/	/	/	/	/	/	/
10. BOTAS PUNTA DE ACERO	/	/	/	/	/	/	/
11. UNIFORME ANTIFLUIDOS (TRAJE DE MAYO)	X	/	/	/	/	/	/
TOTAL:							

Responsable Inspección	Karel Coronado	Trabajador/funcionario Trazador	Adriana Joya / 10030003
------------------------	----------------	---------------------------------	-------------------------