

ANEXO IV - LISTA DE VERIFICACIÓN – LV DE EQUIPAMIENTOS BOTIQUINES DE PRIMEROS AUXILIOS

Doc. Ref: SC-CL1-SO-010-PR

Rev: 01

Emission: febrero 2016

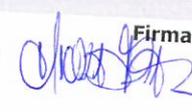
IDENTIFICACIÓN			
Proyecto:	CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO	Cliente:	METRO DE QUITO
Sector/Tramo:	NORTE	Fecha Verificación:	3/4/2016
Verificador:	PAUL CARRERA	Cargo:	PARAMEDICO

CARACTERIZACIÓN	
Proceso/Actividad:	
Tipo de inspección:	<input type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/> No programada
Control operacional asociado:	SC-CL1-SO-010-PR Plan de Emergencias Médicas y Primeros Auxilios - PEMPS
Requisito legal y otros:	-D.E. 2393 -Acuerdo Ministerial 174. -SC-CL1-SO-001-PR Programa de Vigilancia de la Salud

VERIFICACIÓN	
Objetivo:	<input type="checkbox"/> Vehículo <input checked="" type="checkbox"/> Maquinaria <input type="checkbox"/> Volquete <input checked="" type="checkbox"/> Otro _____
Placa/Nº/Serie:	CL1 SSTMA

EJECUCIÓN		CL1 SSTMA
Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	C
2	Botiquín con identificación (p.ej. Cruz roja en fondo blanco)	C
3	Instructivo de uso de botiquín con firma de responsabilidad médica	C
4	Contenido documentado del botiquín con firma de responsabilidad médica y caducidad	C
5	Gasas estériles en sobre cerrado: mínimo 10 sobres.	C
6	Vendas de gasa de 4 pulgadas: mínimo 2	C
7	Vendas de gasa de 2 pulgadas: mínimo 2	C
8	Vendas elasticas de 6 pulgadas: mínimo 1	C
9	Tijera pequeña de punta roma: 1	C
10	Esparadrapo en tiras o rollo: mínimo 5 tiras o 1 rollo mediano.	C
11	Parche ocular: mínimo 2	C
12	Guantes de manejo simple: mínimo 2 pares.	C
13	Suero fisiológico frasco pequeño con aplicador: 1	C
14	Agua oxigenada frasco pequeño: 1	C
15	Apositos (curitas simples): mínimo 10 sobres.	C
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobres.	C
17	MEDEVAC o Flujo de emergencias médicas actual, disponible y visible.	C
18	Conocimiento de la aplicación de acciones y medidas de primeros auxilios básicos	NA
19	Conocimiento de la aplicación del MEDEVAC o flujograma de atención en emergencias	NA
20	Conocimiento de funciones básicas de insumos y contenido del botiquín de P.A.	NA

RESULTADO	
<input checked="" type="checkbox"/> Conforme / Autorizado	<input type="checkbox"/> Con conflictos en los ítems _____ / Autorizado
<input type="checkbox"/> No conforme / No autorizado	<input type="checkbox"/> Con conflictos en los ítems _____ / No autorizado

EVALUACIÓN			
Nº ID	Nombre	Área	Fecha
1713731766	NICOLAS DIAZ	PRODUCCION	3/4/2017
			Firma 

Descripción:
 Verificación del cumplimiento:
C: Ítem en situación regular o en cumplimiento, con la eficacia y eficiencia adecuadas
NC - En incumplimiento: Ítems en incumplimiento o en situación de regularidad parcial, con conflictos a eliminar o tratar

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO
Sector/Tramo: Fecha Verificación:
Verificador: Cargo:

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:
Tipo de inspección: Programada No programada

Nº	Descripción del incumplimiento	Acción	Resp.	Plazo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro: 3/4/2017
Descripción: BOTIQUIN

Fecha registro:
Descripción:

Fecha registro:
Descripción:

Fecha registro: 3/1/2017
Descripción: ITEK

Comentarios adicionales:

Verificador: **PAUL CARRERA**

Cargo: **PARAMEDICO**

Firma:
Hoja 3/3

Nº ID: 124508

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO Cliente: METRO DE QUITO
Sector/Tramo: NORTE / JIPIJAPA Fecha Verificación: 18/4/2017
Verificador: PAUL CARRERA Cargo: PARAMEDICO

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:
Tipo de inspección: Programada No programada

Control operacional asociado:
SC-CL1-SO-010-PR Plan de Emergencias Médicas y Primeros Auxilios - PEMPS

Requisito legal y otros:

-D.E. 2393

-Acuerdo Ministerial 174.

-SC-CL1-SO-001-PR Programa de Vigilancia de la Salud

VERIFICACIÓN

Objetivo: Vehículo Maquinaria Volquete Otro _____ Placa/Nº/Serie: **CL1 SSTMA**

EJECUCIÓN

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	C
2	Botiquín con identificación (p.ej. Cruz roja en fondo blanco)	C
3	Instructivo de uso de botiquín con firma de responsabilidad médica	C
4	Contenido documentado del botiquín con firma de responsabilidad médica y caducidad	C
5	Gasas estériles en sobre cerrado: mínimo 10 sobres.	C
6	Vendas de gasa de 4 pulgadas: mínimo 2	C
7	Vendas de gasa de 2 pulgadas: mínimo 2	C
8	Vendas elasticas de 6 pulgadas: mínimo 1	C
9	Tijera pequeña de punta roma: 1	C
10	Esparadrapo en tiras o rollo: mínimo 5 tiras o 1 rollo mediano.	C
11	Parche ocular: mínimo 2	C
12	Guantes de manejo simple: mínimo 2 pares.	C
13	Suero fisiológico frasco pequeño con aplicador: 1	C
14	Agua oxigenada frasco pequeño: 1	C
15	Apositos (curitas simples): mínimo 10 sobres.	C
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobres.	C
17	MEDEVAC o Flujo de emergencias médicas actual, disponible y visible.	NA
18	Conocimiento de la aplicación de acciones y medidas de primeros auxilios básicos	NA
19	Conocimiento de la aplicación del MEDEVAC o flujograma de atención en emergencias	NA
20	Conocimiento de funciones básicas de insumos y contenido del botiquín de P.A.	NA

RESULTADO

Conforme / Autorizado Con conflictos en los ítems _____ / Autorizado
 No conforme / No autorizado Con conflictos en los ítems _____ / No autorizado

EVALUACIÓN

Nº ID	Nombre	Área	Fecha	Firma
171628016	Franklin TORRES	PRODUCCION	18/04/17	Franklin Torres

Descripción:

Verificación del cumplimiento:

C: Ítem en situación regular o en cumplimiento, con la eficacia y eficiencia adecuadas

NC - En incumplimiento: Ítems en incumplimiento o en situación de regularidad parcial, con conflictos a eliminar o tratar

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO
Sector/Tramo: NORTE / JIPIJAPA Fecha Verificación: 18/4/2017
Verificador: PAUL CARRERA Cargo: PARAMEDICO

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:
Tipo de inspección: Programada No programada

Nº	Descripción del incumplimiento	Acción	Resp.	Plazo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro:

Descripción:

Fecha registro: 18/1/2017

Descripción: BOTIQUIN

Fecha registro:

Descripción:

Fecha registro:

Descripción:

Comentarios adicionales:

Verificador:

PAUL CARRERA

Cargo:

PARAMEDICO

Firma:

Hoja 3/3

Nº ID: 124508

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO

Cliente: *EPMMQ*

Sector/Tramo: *Ejido Centro*

Fecha Verificación: *28/3/17*

Verificador: *TEM Felipe Jorona BJR*

Cargo: *Paramédico*

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:

Tipo de inspección: Programada

No programada

Control operacional asociado:

SC-CL1-SO-010-PR Plan de Emergencias Médicas y Primeros Auxilios - PEMPS

Requisito legal y otros:

-D.E. 2393

-Acuerdo Ministerial 174.

-SC-CL1-SO-001-PR Programa de Vigilancia de la Salud

VERIFICACIÓN

Objetivo: Vehículo Maquinaria Botiquete Otro _____

Placa/Nº/Serie: *PCT4591*

EJECUCIÓN

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	C
2	Botiquín con identificación (p.ej. Cruz roja en fondo blanco)	C
3	Instructivo de uso de botiquín con firma de responsabilidad médica	C
4	Contenido documentado del botiquín con firma de responsabilidad médica y caducidad	C
5	Gasas estériles en sobre cerrado: mínimo 10 sobros.	C
6	Vendas de gasa de 4 pulgadas: mínimo 2	C
7	Vendas de gasa de 2 pulgadas: mínimo 2	C
8	Vendas elasticas de 6 pulgadas: mínimo 1	C
9	Tijera pequeña de punta roma: 1	C
10	Esparadrapo en tiras o rollo: mínimo 5 tiras o 1 rollo mediano.	C
11	Parche ocular: mínimo 2	C
12	Guantes de manejo simple: mínimo 2 pares.	C
13	Suero fisiológico frasco pequeño con aplicador: 1	C
14	Agua oxigenada frasco pequeño: 1	C
15	Apositos (curitas simples): mínimo 10 sobros.	C
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobros.	C
17	MEDEVAC o Flujo de emergencias médicas actual, disponible y visible.	NC
18	Conocimiento de la aplicación de acciones y medidas de primeros auxilios básicos	C
19	Conocimiento de la aplicación del MEDEVAC o flujograma de atención en emergencias	NC
20	Conocimiento de funciones básicas de insumos y contenido del botiquín de P.A.	C

RESULTADO

Conforme / Autorizado

Con conflictos en los ítems _____ / Autorizado

No conforme / No autorizado

Con conflictos en los ítems _____ / No autorizado

EVALUACIÓN

Nº ID	Nombre	Área	Fecha	Firma
<i>1700047317</i>	<i>Jose Piloluis</i>	<i>Producción</i>	<i>28/3/17</i>	<i>[Firma]</i>

Descripción:

Verificación del cumplimiento:

C: Ítem en situación regular o en cumplimiento, con la eficacia y eficiencia adecuadas

NC - En incumplimiento: Ítems en incumplimiento o en situación de regularidad parcial, con conflictos a eliminar o tratar

IDENTIFICACIÓN

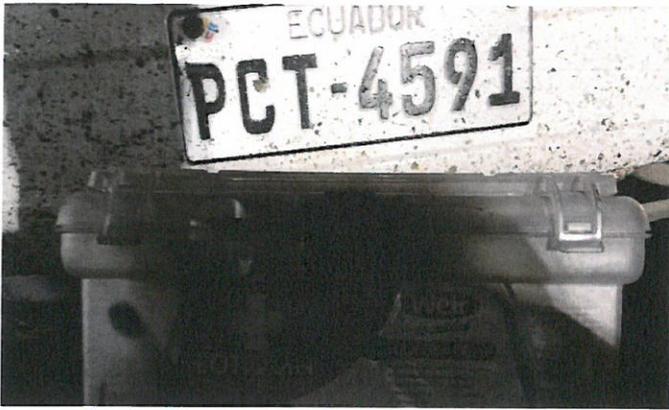
Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO
Sector/Tramo: Ejido Centro. Fecha Verificación: 28/3/17
Verificador: TEM. Felipe Lozano BSR. Cargo: Paramédico

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:
Tipo de inspección: Programada No programada

N°	Descripción del incumplimiento	Acción	Resp.	Plazo
1	medevac aflujo grande de usuarios	Solicitar		1 Semana
2	Medevac conocimiento	Solicitar		1 Semana
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14	Se cierra no conformidad	Felipe Lozano BSR		

REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro: 29-03-2017

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Comentarios adicionales:

Verificador: TEM.
FELIPE LORONA

Firma:

Hoja 3/3

Cargo:
PARAMÉDICO

Nº ID: 1722973165

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO Cliente: **Petro de Quito**
Sector/Tramo: **NORTE / IZAQUITO** Fecha Verificación: **13/03/2017**
Verificador: **PAUL CARREZA** Cargo: **PARAMEDICO**

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad: **INSPECCION**
Tipo de inspección: Programada No programada

Control operacional asociado:
SC-CL1-SO-010-PR Plan de Emergencias Médicas y Primeros Auxilios - PEMPS

Requisito legal y otros:
-D.E. 2393
-Acuerdo Ministerial 174.
-SC-CL1-SO-001-PR Programa de Vigilancia de la Salud

VERIFICACIÓN

Objetivo: Vehículo Maquinaria Volquete Otro _____ Placa/Nº/Serie: **654-3494**

EJECUCIÓN

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	NC
2	Botiquín con identificación (p.ej. Cruz roja en fondo blanco)	NC
3	Instructivo de uso de botiquín con firma de responsabilidad médica	NC
4	Contenido documentado del botiquín con firma de responsabilidad médica y caducidad	NC
5	Gasas estériles en sobre cerrado: mínimo 10 sobres.	NC
6	Vendas de gasa de 4 pulgadas: mínimo 2	NC
7	Vendas de gasa de 2 pulgadas: mínimo 2	NC
8	Vendas elasticas de 6 pulgadas: mínimo 1	NC
9	Tijera pequeña de punta roma: 1	NC
10	Espadrapo en tiras o rollo: mínimo 5 tiras o 1 rollo mediano.	NC
11	Parche ocular: mínimo 2	NC
12	Guantes de manejo simple: mínimo 2 pares.	NC
13	Suero fisiológico frasco pequeño con aplicador: 1	NC
14	Agua oxigenada frasco pequeño: 1	NC
15	Apositos (curitas simples): mínimo 10 sobres.	NC
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobres.	NC
17	MEDEVAC o Flujo de emergencias médicas actual, disponible y visible.	NC
18	Conocimiento de la aplicación de acciones y medidas de primeros auxilios básicos	NC
19	Conocimiento de la aplicación del MEDEVAC o flujograma de atención en emergencias	NC
20	Conocimiento de funciones básicas de insumos y contenido del botiquín de P.A.	NC

RESULTADO

Conforme / Autorizado Con conflictos en los ítems _____ / Autorizado
 No conforme / No autorizado Con conflictos en los ítems _____ / No autorizado

EVALUACIÓN

Nº ID	Nombre	Área	Fecha	Firma
130230	FERNANDO ZAMBRANO	PRODUCCION	13/03/2017	

Descripción:

Verificación del cumplimiento:

C: Ítem en situación regular o en cumplimiento, con la eficacia y eficiencia adecuadas

NC - En incumplimiento: Ítems en incumplimiento o en situación de regularidad parcial, con conflictos a eliminar o tratar

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: **METRO DE QUITO**
Sector/Tramo: **HOYTE / IZAQUITO**
Verificador: **PAUL CARRERA**

CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO

Fecha Verificación: **13/03/2017**
Cargo: **PARAMEDICO**

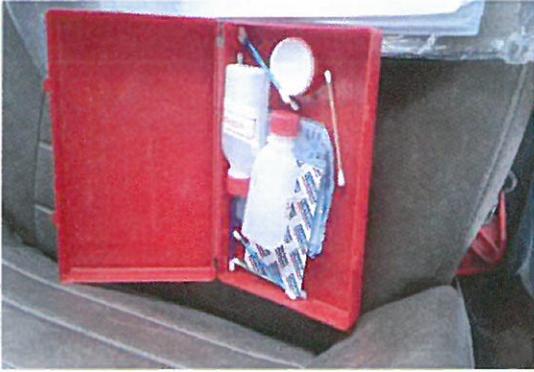
CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad: **INSPECCION**

Tipo de inspección: Programada No programada

Nº	Descripción del incumplimiento	Acción	Resp.	Plazo
1	NO TIENE IMPLEMENTADO EL BOTIQUIN	IMPLEMENTAR		↓ SEMANA
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro: 13/3/2017
 Descripción: BOTIQUIN



Fecha registro: 13/3/2017
 Descripción: volqueta

Empty space for additional comments or notes.

Fecha registro:
 Descripción:

Empty space for additional comments or notes.

Fecha registro:
 Descripción:

Comentarios adicionales:

Volqueta de CL! No tienen botiquines completos

Verificador: **PAUL CARRERA**

Cargo: **PARAMEDICO**

Firma: 
 Hoja 3/3

Nº ID: **124508**

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO Cliente: *Euclides*
Sector/Tramo: *Tramo Norte (La Carolina)* Fecha Verificación: *06/03/2017*
Verificador: *Alejandra Llore* Cargo: *Paramédica*

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:
Tipo de inspección: Programada No programada

Control operacional asociado:
SC-CL1-SO-010-PR Plan de Emergencias Médicas y Primeros Auxilios - PEMPS

Requisito legal y otros:
-D.E. 2393
-Acuerdo Ministerial 174.
-SC-CL1-SO-001-PR Programa de Vigilancia de la Salud

VERIFICACIÓN

Objetivo: Vehículo Maquinaria Volquete Otro *camión glucé* Placa/Nº/Serie: *PAC-9956*

EJECUCIÓN

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	<i>C</i>
2	Botiquín con identificación (p.ej. Cruz roja en fondo blanco)	<i>C</i>
3	Instructivo de uso de botiquín con firma de responsabilidad médica	<i>C</i>
4	Contenido documentado del botiquín con firma de responsabilidad médica y caducidad	<i>C</i>
5	Gasas estériles en sobre cerrado: mínimo 10 sobros.	<i>C</i>
6	Vendas de gasa de 4 pulgadas: mínimo 2	<i>C</i>
7	Vendas de gasa de 2 pulgadas: mínimo 2	<i>C</i>
8	Vendas elasticas de 6 pulgadas: mínimo 1	<i>C</i>
9	Tijera pequeña de punta roma: 1	<i>C</i>
10	Esparadrapo en tiras o rollo: mínimo 5 tiras o 1 rollo mediano.	<i>C</i>
11	Parche ocular: mínimo 2	<i>C</i>
12	Guantes de manejo simple: mínimo 2 pares.	<i>C</i>
13	Suero fisiológico frasco pequeño con aplicador: 1	<i>C</i>
14	Agua oxigenada frasco pequeño: 1	<i>C</i>
15	Apositos (curitas simples): mínimo 10 sobros.	<i>C</i>
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobros.	<i>C</i>
17	MEDEVAC o Flujo de emergencias médicas actual, disponible y visible.	<i>C</i>
18	Conocimiento de la aplicación de acciones y medidas de primeros auxilios básicos	<i>C</i>
19	Conocimiento de la aplicación del MEDEVAC o flujograma de atención en emergencias	<i>C</i>
20	Conocimiento de funciones básicas de insumos y contenido del botiquín de P.A.	<i>C</i>

RESULTADO

Conforme / Autorizado Con conflictos en los ítems _____ / Autorizado
 No conforme / No autorizado Con conflictos en los ítems _____ / No autorizado

EVALUACIÓN

Nº ID: *0501515308* Nombre: *Euclides Alban* Área: *Douglas* Fecha: *06/03/2017* Firma: *[Firma]*

Descripción:
Verificación del cumplimiento:
C: Ítem en situación regular o en cumplimiento, con la eficacia y eficiencia adecuadas
NC - En incumplimiento: Ítems en incumplimiento o en situación de regularidad parcial, con conflictos a eliminar o tratar

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO
Sector/Tramo: Fecha Verificación:
Verificador: Cargo:

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:

Tipo de inspección:

Programada

No programada

Nº	Descripción del incumplimiento	Acción	Resp.	Plazo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro: 08/03/2017

Fecha registro: 08/03/2017

Descripción: S/N

Descripción: S/N

Comentarios adicionales: _____

Verificador: TEM .
ALEJANDRA LLORE

Cargo:
PARAMEDICA

Firma:
Hoja 3/3

NºD:172591276

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO Cliente: METRO DE QUITO
Sector/Tramo: NORTE / EJIDO Fecha Verificación: 2/11/2016
Verificador: PAUL CARRERA Cargo: PARAMEDICO

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad: INSPECCION
Tipo de inspección: Programada No programada

Control operacional asociado:
SC-CL1-SO-010-PR Plan de Emergencias Médicas y Primeros Auxilios - PEMPS

Requisito legal y otros:
-D.E. 2393
-Acuerdo Ministerial 174.
-SC-CL1-SO-001-PR Programa de Vigilancia de la Salud

VERIFICACIÓN

Objetivo: Vehículo Maquinaria Volquete Otro _____ Placa/Nº/Serie: **CL1 SSTMA**

EJECUCIÓN

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	C
2	Botiquín con identificación (p.ej. Cruz roja en fondo blanco)	C
3	Instructivo de uso de botiquín con firma de responsabilidad médica	C
4	Contenido documentado del botiquín con firma de responsabilidad médica y caducidad	C
5	Gasas estériles en sobre cerrado: mínimo 10 sobres.	C
6	Vendas de gasa de 4 pulgadas: mínimo 2	C
7	Vendas de gasa de 2 pulgadas: mínimo 2	C
8	Vendas elasticas de 6 pulgadas: mínimo 1	C
9	Tijera pequeña de punta roma: 1	C
10	Espadrado en tiras o rollo: mínimo 5 tiras o 1 rollo mediano.	C
11	Parche ocular: mínimo 2	C
12	Guantes de manejo simple: mínimo 2 pares.	C
13	Suero fisiológico frasco pequeño con aplicador: 1	C
14	Agua oxigenada frasco pequeño: 1	C
15	Apositos (curitas simples): mínimo 10 sobres.	C
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobres.	C
17	MEDEVAC o Flujo de emergencias médicas actual, disponible y visible.	NA
18	Conocimiento de la aplicación de acciones y medidas de primeros auxilios básicos	NA
19	Conocimiento de la aplicación del MEDEVAC o flujograma de atención en emergencias	NA
20	Conocimiento de funciones básicas de insumos y contenido del botiquín de P.A.	NA

RESULTADO

Conforme / Autorizado Con conflictos en los ítems _____ / Autorizado
 No conforme / No autorizado Con conflictos en los ítems _____ / No autorizado

EVALUACIÓN

Nº ID	Nombre	Área	Fecha	Firma
121614	XAVIER CHACON	SSTMA	4/4/2016	

Descripción:

Verificación del cumplimiento:

C: Ítem en situación regular o en cumplimiento, con la eficacia y eficiencia adecuadas

NC - En incumplimiento: Ítems en incumplimiento o en situación de regularidad parcial, con conflictos a eliminar o tratar

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LÍNEA 1 METRO DE QUITO
Sector/Tramo: NORTE / EJIDO Fecha Verificación: 4/4/2017
Verificador: PAUL CACRERA Cargo: PARAMEDICO

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:
Tipo de inspección: Programada No programada

Nº	Descripción del incumplimiento	Acción	Resp.	Plazo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

REGISTROS/ANEXOS

Empty registration box.

Empty registration box.

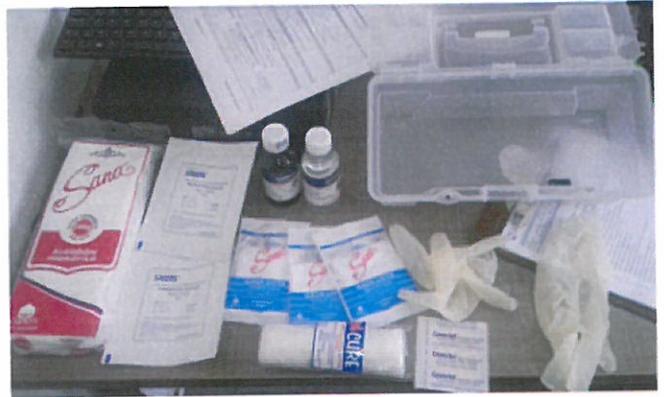
Fecha registro:

Descripción:

Fecha registro:

Descripción:

Empty registration box.



Fecha registro:

Descripción:

Fecha registro: 4/4/2017

Descripción: BOTIQUIN

Comentarios adicionales:

Verificador:

PAUL CARRERA

Cargo:

PARAMEDICO

Firma:

Hoja 3/3

Nº ID:

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO Cliente: METRO DE QUITO
Sector/Tramo: NORTE/JIPIJAPA Fecha Verificación: 4/4/2017
Verificador: PAUL CARRERA Cargo: PARAMEDICO

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad: INSPECCION
Tipo de inspección: Programada No programada

Control operacional asociado:
SC-CL1-SO-010-PR Plan de Emergencias Médicas y Primeros Auxilios - PEMPS

Requisito legal y otros:
-D.E. 2393
-Acuerdo Ministerial 174.
-SC-CL1-SO-001-PR Programa de Vigilancia de la Salud

VERIFICACIÓN

Objetivo: Vehículo Maquinaria Volquete Otro _____ Placa/Nº/Serie: **175K**

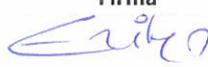
EJECUCIÓN

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	C
2	Botiquín con identificación (p.ej. Cruz roja en fondo blanco)	C
3	Instructivo de uso de botiquín con firma de responsabilidad médica	C
4	Contenido documentado del botiquín con firma de responsabilidad médica y caducidad	C
5	Gasas estériles en sobre cerrado: mínimo 10 sobres.	C
6	Vendas de gasa de 4 pulgadas: mínimo 2	C
7	Vendas de gasa de 2 pulgadas: mínimo 2	C
8	Vendas elasticas de 6 pulgadas: mínimo 1	C
9	Tijera pequeña de punta roma: 1	C
10	Esparadrapo en tiras o rollo: mínimo 5 tiras o 1 rollo mediano.	C
11	Parche ocular: mínimo 2	C
12	Guantes de manejo simple: mínimo 2 pares.	C
13	Suero fisiológico frasco pequeño con aplicador: 1	C
14	Agua oxigenada frasco pequeño: 1	C
15	Apositos (curitas simples): mínimo 10 sobres.	C
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobres.	C
17	MEDEVAC o Flujo de emergencias médicas actual, disponible y visible.	NA
18	Conocimiento de la aplicación de acciones y medidas de primeros auxilios básicos	NA
19	Conocimiento de la aplicación del MEDEVAC o flujograma de atención en emergencias	NA
20	Conocimiento de funciones básicas de insumos y contenido del botiquín de P.A.	NA

RESULTADO

Conforme / Autorizado Con conflictos en los ítems _____ / Autorizado
 No conforme / No autorizado Con conflictos en los ítems _____ / No autorizado

EVALUACIÓN

Nº ID	Nombre	Área	Fecha	Firma
11830102	EMILY MEDIAVILLA	SSTMA	4/4/2017	

Descripción:

Verificación del cumplimiento:

C: Ítem en situación regular o en cumplimiento, con la eficacia y eficiencia adecuadas

NC: En incumplimiento: Ítems en incumplimiento o en situación de regularidad parcial, con conflictos a eliminar o tratar

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO
Sector/Tramo: NORTE Fecha Verificación: 4/4/2017
Verificador: PAUL CARRERA Cargo: PARAMEDICO

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:
Tipo de inspección: Programada No programada

Nº	Descripción del incumplimiento	Acción	Resp.	Plazo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro: 4/4/2016
Descripción: BOTIQUIN

Fecha registro:
Descripción:

Fecha registro:
Descripción:

Fecha registro: _____
Descripción: _____

Comentarios adicionales: _____

Verificador: PAUL CARRERA

Cargo: PARAMEDICO

Firma:
Hoja 3/3

Nº ID: 124508

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO Cliente: Santa Maria CIA LTDA.
Sector/Tramo: Daeelas - NAB Fecha Verificación: 07/04/2017
Verificador: Alejandro Llore Cargo: Paramédica

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:
Tipo de inspección: Programada No programada

Control operacional asociado:
SC-CL1-SO-010-PR Plan de Emergencias Médicas y Primeros Auxilios - PEMPS

Requisito legal y otros:

-D.E. 2393

-Acuerdo Ministerial 174.

-SC-CL1-SO-001-PR Programa de Vigilancia de la Salud

VERIFICACIÓN

Objetivo: Vehículo Maquinaria Volquete Otro _____ Placa/Nº/Serie: PAC - 7763

EJECUCIÓN

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	C
2	Botiquín con identificación (p.ej. Cruz roja en fondo blanco)	
3	Instructivo de uso de botiquín con firma de responsabilidad médica	
4	Contenido documentado del botiquín con firma de responsabilidad médica y caducidad	
5	Gasas estériles en sobre cerrado: mínimo 10 sobros.	
6	Vendas de gasa de 4 pulgadas: mínimo 2	
7	Vendas de gasa de 2 pulgadas: mínimo 2	
8	Vendas elasticas de 6 pulgadas: mínimo 1	
9	Tijera pequeña de punta roma: 1	
10	Esparadrapo en tiras o rollo: mínimo 5 tiras o 1 rollo mediano.	
11	Parche ocular: mínimo 2	
12	Guantes de manejo simple: mínimo 2 pares.	
13	Suero fisiológico frasco pequeño con aplicador: 1	
14	Agua oxigenada frasco pequeño: 1	
15	Apositos (curitas simples): mínimo 10 sobros.	
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobros.	
17	MEDEVAC o Flujo de emergencias médicas actual, disponible y visible.	
18	Conocimiento de la aplicación de acciones y medidas de primeros auxilios básicos	
19	Conocimiento de la aplicación del MEDEVAC o flujograma de atención en emergencias	
20	Conocimiento de funciones básicas de insumos y contenido del botiquín de P.A.	

RESULTADO

Conforme / Autorizado Con conflictos en los ítems _____ / Autorizado
 No conforme / No autorizado Con conflictos en los ítems _____ / No autorizado

EVALUACIÓN

Nº ID	Nombre	Área	Fecha	Firma
1802429991	Cesar Tituana	Daeelas	07/04/2017	

Descripción:

Verificación del cumplimiento:

C: Ítem en situación regular o en cumplimiento, con la eficacia y eficiencia adecuadas

NC - En incumplimiento: Ítems en incumplimiento o en situación de regularidad parcial, con conflictos a eliminar o tratar

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO
 Sector/Tramo: *Dolelas - Usat* Fecha Verificación: *07/04/2017*
 Verificador: *Alejandra Lora* Cargo: *Paramédica*

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:
 Tipo de inspección: Programada No programada

N°	Descripción del incumplimiento	Acción	Resp.	Plazo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro: 07/04/2017 _____
Descripción: _____ S/N _____

Fecha registro: 07/04/2017 ____
Descripción: _____ S/N _____



Fecha registro: 07/04/2017 ____
Descripción: _____ S/N _____

Fecha registro: 07/04/2017 ____
Descripción: _____ S/N _____

Comentarios adicionales: _____

Verificador:
ALEJANDRA LLORE

Cargo:
PARAMEDICA

Firma:
Hoja 3/3

NID:1725912776

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO Cliente: *Cargalan S.A.*
Sector/Tramo: *Labrador - Norte* Fecha Verificación: *05/04/2017*
Verificador: *Alexandra Llore* Cargo: *Paramédica*

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:
Tipo de inspección: Programada No programada

Control operacional asociado:
SC-CL1-SO-010-PR Plan de Emergencias Médicas y Primeros Auxilios - PEMPS

Requisito legal y otros:

- D.E. 2393
- Acuerdo Ministerial 174.
- SC-CL1-SO-001-PR Programa de Vigilancia de la Salud

VERIFICACIÓN

Objetivo: Vehículo Maquinaria Volquete Otro *Trailer* Placa/Nº/Serie: *GBN-7980*

EJECUCIÓN

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	<i>C</i>
2	Botiquín con identificación (p.ej. Cruz roja en fondo blanco)	<i>C</i>
3	Instructivo de uso de botiquín con firma de responsabilidad médica	<i>C</i>
4	Contenido documentado del botiquín con firma de responsabilidad médica y caducidad	<i>C</i>
5	Gasas estériles en sobre cerrado: mínimo 10 sobros.	<i>C</i>
6	Vendas de gasa de 4 pulgadas: mínimo 2	<i>C</i>
7	Vendas de gasa de 2 pulgadas: mínimo 2	<i>C</i>
8	Vendas elasticas de 6 pulgadas: mínimo 1	<i>C</i>
9	Tijera pequeña de punta roma: 1	<i>C</i>
10	Esparadrado en tiras o rollo: mínimo 5 tiras o 1 rollo mediano.	<i>C</i>
11	Parche ocular: mínimo 2	<i>C</i>
12	Guantes de manejo simple: mínimo 2 pares.	<i>C</i>
13	Suero fisiológico frasco pequeño con aplicador: 1	<i>C</i>
14	Agua oxigenada frasco pequeño: 1	<i>C</i>
15	Apositos (curitas simples): mínimo 10 sobros.	<i>C</i>
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobros.	<i>C</i>
17	MEDEVAC o Flujo de emergencias médicas actual, disponible y visible.	<i>C</i>
18	Conocimiento de la aplicación de acciones y medidas de primeros auxilios básicos	<i>C</i>
19	Conocimiento de la aplicación del MEDEVAC o flujograma de atención en emergencias	<i>C</i>
20	Conocimiento de funciones básicas de insumos y contenido del botiquín de P.A.	<i>C</i>

RESULTADO

Conforme / Autorizado Con conflictos en los ítems _____ / Autorizado
 No conforme / No autorizado Con conflictos en los ítems _____ / No autorizado

EVALUACIÓN

Nº ID	Nombre	Área	Fecha	Firma
<i>180 2165 942</i>	<i>Perez Lopez Freddy Leonardo</i>	<i>Davilas</i>	<i>05/04/2017</i>	<i>[Firma]</i>

Descripción:

Verificación del cumplimiento:

C: Ítem en situación regular o en cumplimiento, con la eficacia y eficiencia adecuadas

NC - En incumplimiento: Ítems en incumplimiento o en situación de regularidad parcial, con conflictos a eliminar o tratar

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO
 Sector/Tramo: *Doveles - Norte* Fecha Verificación:
 Verificador: *Alejandra Lora* Cargo: *Paramédica*

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:
 Tipo de inspección: Programada No programada

Nº	Descripción del incumplimiento	Acción	Resp.	Plazo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro: 05/04/2017 _____

Descripción: _____ S/N _____



Fecha registro: 05/04/2017 _____

Descripción: _____ S/N _____

Fecha registro: 05/04/2017 _____

Descripción: _____ S/N _____

Fecha registro: 05/04/2017 _____

Descripción: _____ S/N _____

Comentarios adicionales: _____

Verificador:
ALEJANDRA LLORE

Firma:
Hoja 3/3

Cargo:
PARAMEDICA
NID:1725912776

