

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

Doc. Ref: SC-CL1-SO-010-PR
Rev: 01
Emisión: febrero 2016

Nombre: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO
 Cliente: METRO DE QUITO
 Autorizador: NORTE / IÑAQUITO
 Fecha Verificación: 8/9/2017
 PAUL CARRERA
 Cargo: PARAMEDICO

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

Objetivo: Vehículo Maquinaria Volquete Otro
 Placa/Nº/Serie: 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
 Conforme / Autorizado
 No conforme / No autorizado
 Con conflictos en los ítems _____ / Autorizado
 Con conflictos en los ítems _____ / No autorizado

EVALUACIÓN
 Nº ID: 7150023990
 Nombre: JAVIER PAREDES
 Área: PRODUCCION
 Fecha: 18/9/17
 Firma: [Firma]

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

ANEXO IV - PLAN DE ACCIÓN – LV DE EQUIPAMIENTOS BOTIQUINES DE PRIMEROS AUXILIOS



IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO
 Fecha Verificación: 8/9/2017
 Estación/Tramo: NORTE / IÑAQUITO
 Cargo: PARAMEDICO
 Verificador: PAUL CARRERA

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad: Programada No programada
 Tipo de inspección:

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: 8/9/2017
Descripción: GALLINETA

Empty registration box.

Empty registration box.

Fecha registro:
Descripción:

Fecha registro: 3/1/2017
Descripción: ITEK

Empty registration box.

Empty registration box.

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 / IÑAQUITO	Fecha Verificación:	11/9/2017
Verificador:	PAUL CARRERA	Cargo:	PARAMEDICO

CARACTERIZACIÓN

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

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

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	Esparadrappo 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

<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	Firma
050162220	DUGAN MARTINEZ	S. INDUSTRIAL	11/9/2017	

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: 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: 11/9/2017
Descripción: ECUAFERRALLAS

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: METRO DE QUITO
Sector/Tramo: NORTE / EJIDO Fecha Verificación: 5/ 9/2017
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	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	C
8	Vendas elasticas de 6 pulgadas: mínimo 1	NC
9	Tijera pequeña de punta roma: 1	C
10	Esparadrapo 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.	C
13	Suero fisiológico frasco pequeño con aplicador: 1	C
14	Agua oxigenada frasco pequeño: 1	C
15	Apositos (curitas simples): mínimo 10 sobres.	NC
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
175163158-7	JAVIER TENEZUE	PRODUCCION	5/9/2017	

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 / EJIDO Fecha Verificación: 5/9/2017
 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: 5/9/2017
Descripción: BOTIQUIN



Fecha registro: 5/9/2017
Descripción: volqueta

Fecha registro:
Descripción:

Fecha registro:
Descripción:

Comentarios adicionales:

Volqueta de CL! No tienen botiquines completos

Verificador: PAUL CARRERA

Cargo: PARAMEDICO

Firma:

Nº ID: 124508

Hoja 3/3

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO Cliente: METRO DE QUITO
Sector/Tramo: NORTE / JIPIJAPA Fecha Verificación: 9/9/2017
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
1713731766	NICOLAS DIAZ	Producción	19/09/17	

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

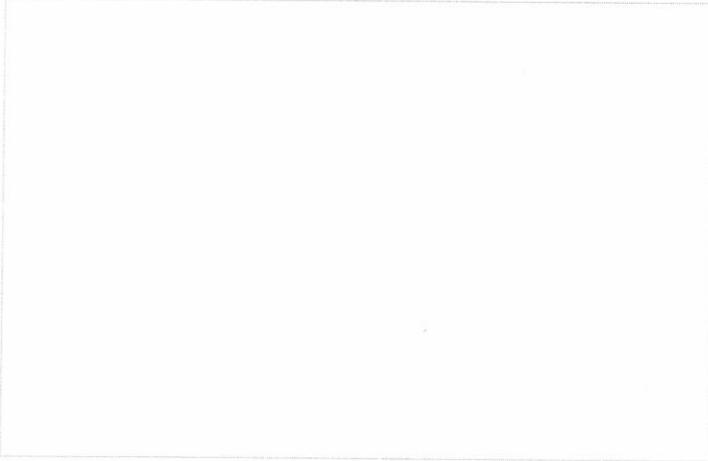
Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO
Sector/Tramo: NORTE / JIPIJAPA Fecha Verificación: 19/9/2017
Verificador: PAUL CARRERA Cargo: PARAMEDICO

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

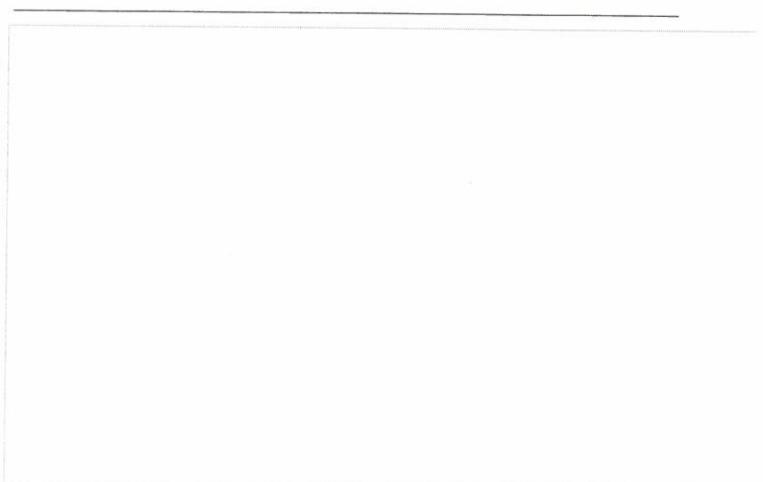
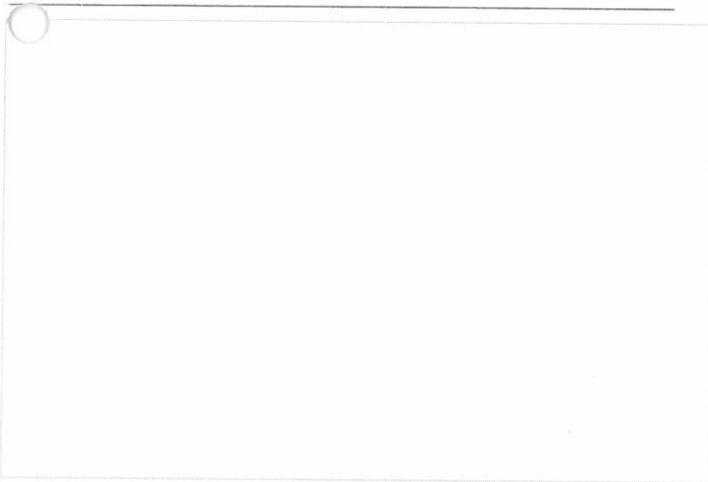


Fecha registro:

Fecha registro: .9/9/2017

Descripción:

Descripción: BOTIQUIN



Fecha registro:

Fecha registro:

Descripción:

Descripción:

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: 4/ 9/2017
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: **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	Esparadrappo 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
171373766	NICOLAS DIAZ	PRODUCCION	04/09/17	

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:
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				

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

Doc. Ref: SC-CL1-SO-010-PR
 Rev: 01
 Emisión: febrero 2015

Proyecto: **CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO** Cliente: _____

Sector/Tramo: **NORTE ALAMORA** Fecha Verificación: **08/09/17**
 Verificador: **LUIS WONG** Cargo: **PARA MEDICO**

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

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

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

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	CCCCCCCCCCCCCCCCCCCC
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 sobres.	
6	Vendas de gasa de 4 pulgadas: mínimo 2	
7	Vendas de gasa de 2 pulgadas: mínimo 2	
8	Vendas elásticas de 6 pulgadas: mínimo 1	
9	Tijera pequeña de punta roma: 1	
10	Esparadrado 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 sobres.	
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobres.	
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: **1802284248** Nombre: **Sognociata** Área: **Producción** Fecha: **08/09/17** 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				

**NEXO IV - LISTA DE VERIFICACIÓN – LV DE
QUIPAMIENTOS BOTIQUINES DE
PRIMEROS AUXILIOS**

REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro:

Descripción:

08/09/17.

Fecha registro:

Descripción:

Fecha registro:

Descripción:

Fecha registro:

Descripción:

Comentarios

Cambiar botiquín.

Verificador:

Luis Wong

Firma:

Hoja 3/3

Cargo:

Paramédico

NºID:0920613122

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO Cliente: _____
 Sector/Tramo: NORTE / Alameda Fecha Verificación: 14/09/17
 Verificador: LUIS WONG Cargo: Paramédico

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

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: _____

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	C C C C C C C C C C C C C C C C C C C 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 sobres.	
6	Vendas de gasa de 4 pulgadas: mínimo 2	
7	Vendas de gasa de 2 pulgadas: mínimo 2	
8	Vendas elásticas 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 sobres.	
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobres.	
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
0916759640	Paul Solórzano	Producción	14/09/17	

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:
Descripción:

14/09/17

Fecha registro:
Descripción:

Fecha registro:
Descripción:

Fecha registro:
Descripción:

Comentarios Sin novedad-

Verificador:
Luis Wong

Firma:
Hoja 3/3

Cargo:
Paramédico

NºID:0920613122

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:

06/09/17.

Descripción:

Fecha registro:

Descripción:

Fecha registro:

Descripción:

Fecha registro:

Descripción:

Comentarios Orden y limpieza en botiquín.

Verificador:

Luis Wong

Firma:

Hoja 3/3

Cargo:

Paramédico

NºID:0920613122

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:

22/02/17

Descripción:

Fecha registro:

Descripción:

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Comentarios : _____

Verificador:

Luis Wong

Firma:

Hoja 3/3

Cargo:

Paramedico

NºID:0920613122

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO Cliente:

Sector/Tramo: NORTE / CAROLINA Fecha Verificación: 06/09/17
Verificador: LUIS SWONG CARGO: PARA MEDICO

Proceso/Actividad: Programada No programada
Tipo de inspección:

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:

EJECUCIÓN

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
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 sobres.	
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 sobres.	
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobres.	
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: 1721974197 Nombre: Eduardo Gomez. Área: PRODUCCION Fecha: 06/09/17 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:
Descripción:

06/09/17.

Fecha registro:
Descripción:

Fecha registro: _____
Descripción: _____

Fecha registro: _____
Descripción: _____

Comentarios ..

Verificador:
Luis Wong

Firma:
Hoja 3/3



Cargo:
Paramédico

NºID:0920613122

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:

04/09/17.

Descripción:

CL 1

Fecha registro:

Descripción:

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Comentarios: _____

Verificador:

Luis Wong

Cargo:

Paramedico

Firma:

Hoja 3/3

NºID:0920613122

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: **CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO** Cliente: **EPMQ**

Sector/Tramo: **Norte / Labrador** Fecha Verificación: **01/09/2017**

Verificador: **Nazeth Guanoquiña** Cargo: **Enfermera**

Proceso/Actividad: Programada No programada

Tipo de inspección: Programada No programada

Control operacional asociado:

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

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

VERIFICACIÓN

Objetivo: Vehículo Maquinaria Volquete Otro _____ Placa/Nº/Serie: _____

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.	C
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	C
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
170384828	Szime Villacreses	Labrador	01/09/2017	

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:

Trabaja / Noite

Fecha Verificación:

01/09/2017

Verificador:

Lizeth Guanoquiza

Cargo:

Enfermera

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: 01/09/2017

Descripción: _____ S/N _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Comentarios adicionales: _____

Verificador: LIZETH
GUANOQUIZA

Firma:
Hoja 3/3

Cargo:
ENFERMERA

Nº ID: 130460

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO Cliente: *SPMHA*

Sector/Tramo: *Noche / Izbrador* Fecha Verificación: *01/09/2017*
 Verificador: *Lizeth Guanoquetta* Cargo: *Quirófano*

Proceso/Actividad: Programada No programada

Control operacional asociado: Requisito legal y otros: **-D.E. 2393**

SC-CL1-SO-010-PR Plan de Emergencias Médicas y Primeros Auxilios - PEMPS
 -Acuerdo Ministerial 174.
 -SC-CL1-SO-001-PR Programa de Vigilancia de la Salud

VERIFICACIÓN

Objetivo: Vehículo Maquinaria Volquete Otro _____ Placa/Nº/Serie:

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>o</i>
2	Botiquín con identificación (p.ej. Cruz roja en fondo blanco)	<i>o</i>
3	Instructivo de uso de botiquín con firma de responsabilidad médica	<i>o</i>
4	Contenido documentado del botiquín con firma de responsabilidad médica y caducidad	<i>o</i>
5	Gasas estériles en sobre cerrado: mínimo 10 sobres.	<i>o</i>
6	Vendas de gasa de 4 pulgadas: mínimo 2	<i>o</i>
7	Vendas de gasa de 2 pulgadas: mínimo 2	<i>o</i>
8	Vendas elasticas de 6 pulgadas: mínimo 1	<i>o</i>
9	Tijera pequeña de punta roma: 1	<i>o</i>
10	Esparadrapo en tiras o rollo: mínimo 5 tiras o 1 rollo mediano.	<i>o</i>
11	Parche ocular: mínimo 2	<i>o</i>
12	Guantes de manejo simple: mínimo 2 pares.	<i>o</i>
13	Suero fisiológico frasco pequeño con aplicador: 1	<i>o</i>
14	Agua oxigenada frasco pequeño: 1	<i>o</i>
15	Apositos (curitas simples): mínimo 10 sobres.	<i>o</i>
16	Gasa vaselinada: mínimo 2 sobres.	<i>o</i>
17	MEDEVAC o Flujo de emergencias médicas actual, disponible y visible.	<i>o</i>
18	Conocimiento de la aplicación de acciones y medidas de primeros auxilios básicos	<i>o</i>
19	Conocimiento de la aplicación del MEDEVAC o flujograma de atención en emergencias	<i>o</i>
20	Conocimiento de funciones básicas de insumos y contenido del botiquín de P.A.	<i>o</i>

RESULTADO

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

EVALUACIÓN

Nº ID: *1710008070* Nombre: *Juho Cessa* Área: *Izbrador* Fecha: *01/09/2017* 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: *Leónidas / Norte.* Fecha Verificación: *01/02/2017*
 Verificador: *Lizeth Guzmán* Cargo: *Controladora.*

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: 01/09/2017

Descripción: _____ S/N _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Comentarios adicionales: _____

**Verificador: LIZETH
GUANOQUIZA**

Firma:
Hoja 3/3

Cargo:
ENFERMERA

Nº ID: 130460

IDENTIFICACIÓN

Proyecto:

CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO

Sector/Tramo:

Monte

Fecha Verificación:

09/09/2017

Verificador:

Fernanda Aguero

Cargo:

Primer medico

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:

Tipo de inspección:

Programada

No programada

Nº	Descripción del incumplimiento	Acción	Resp.	Plazo
1	Falta insumos.	Dotar insumos.	Rody Meo	1 día
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12	* Se cierra No conformidad.			
13				
14				

REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro: 09-09-2017

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Comentarios adicionales: _____

Verificador: TEM.
FERNANDA AQUIET

Firma: 
Hoja 3/3

Cargo:
PARAMÉDICO

Nº ID: 1713420675

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: **CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO**

Cliente: **Metro de Quito**

Sector/Tramo: **Norte Pradera**

Fecha Verificación: **12/09/2017**

Verificador: **Fernanda Aquieta**

Cargo: **toromédica**

Proceso/Actividad:

Tipo de inspección:

Programada

No programada

Control operacional asociado:

Requisito legal y otros:
-D.E. 2393

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

-Acuerdo Ministerial 174
-SC-CL1-SO-001-PR Programa de Vigilancia de la Salud

Objetivo:

Vehículo

Maquinaria

Volquete

Otro

VERIFICACIÓN

Mixto

Placa/Nº/Serie:

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	S
2	Botiquín con identificación (p.ej. Cruz roja en fondo blanco)	S
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 sobros.	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	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.	NC
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.	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

No conforme / No autorizado

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

EVALUACIÓN

Nº ID

040134077-3

Nombre

ESSEBES

Área

Fecha

Firma

[Firma manuscrita]

Descripción:

Verificación del cumplimiento:

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:

Monte

Fecha Verificación:

12/09/2012

Verificador:

Fernandez Aguirre

Cargo:

Psicólogo

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:

Tipo de inspección:

Programada

No programada

Nº	Descripción del incumplimiento	Acción	Resp.	Plazo
1	NO tiene todos los insumos	inmediata	F. A.	1 día
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13	Se da en no conformidad.			
14				

REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro: 12-09-2017

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Comentarios adicionales: _____

**Verificador: TEM.
FERNANDA AQUIET**

Firma: 
Hoja 3/3

**Cargo:
PARAMÉDICO**

Nº ID: 1713420675

IDENTIFICACIÓN
Proyecto: **CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO** Cliente: *Metro de Quito*

Sector/Tramo: *Norte/Avenida* Fecha Verificación: *10/8/17*
Verificador: *Felipe Torres* Cargo: *ITM*

Proceso/Actividad: Programada No programada
Tipo de inspección:

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: 7.2-22026**

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	<i>Cumplimiento</i>
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	Esparadrado 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: *05028440001* Nombre: *Isidro defueta* Área: *Profesora* Fecha: *10/8/17* 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: 10-09-2017

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Comentarios adicionales: _____

Verificador: TEM.
FELIPE LOROÑA

Firma:
Hoja 3/3

Cargo:
PARAMÉDICO

Nº ID: 1722873169

IDENTIFICACIÓN

Proyecto: **CONSORCIO LINEA 1 METRO DE QUITO** Cliente: **CL1 metro de Quito**
Sector/Tramo: **Norke - Alameda** Fecha Verificación: **08/09/2017**
Verificador: **C. Verdezo** Cargo: **Paramédico**

Proceso/Actividad: Programada No programada
Tipo de inspección:

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

Objetivo:

Vehículo Maquinaria Volquete Otro

VERIFICACIÓN

Placa/Nº/Serie:

PCB-7635

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Botiquín con estuche rígido o compacto (de fácil apertura sin dispositivos de cierre como llaves o condados)	✓
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: **301551180** Nombre: **Carlos Rosales** Área: **Producción** Fecha: **08/09/2017** Firma:

Descripción:

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

Hoja 2/3

DOCUMENTO PARA USO INTERNO - PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN SIN AUTORIZACIÓN DE LA EMPRESA

- Feu - 6 - Verdoso

REGISTROS/ANEXOS

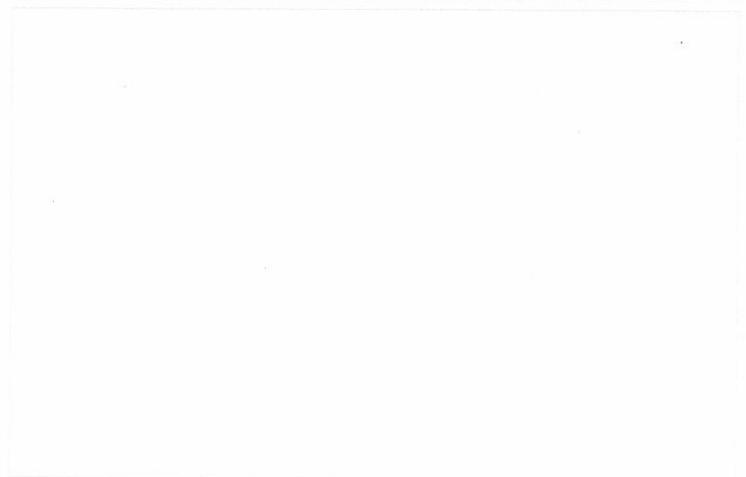
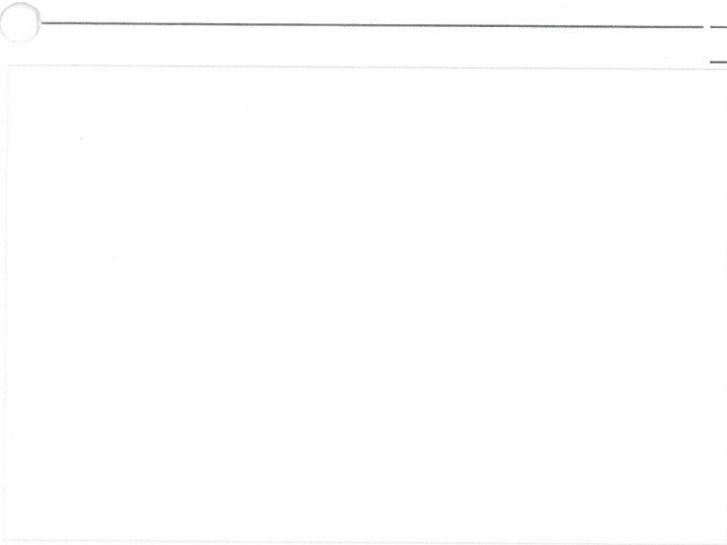


Fecha registro: 05/09/2017 _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____



Fecha registro: _____

Descripción: _____

Fecha registro: _____

Descripción: _____

Comentarios adicionales: _____

Verificador: **Gustavo Verdezoto**

Firma:
Hoja 3/3

Cargo:
PARAMEDICO

C.I 1723660765

IDENTIFICACIÓN

Proyecto/Contrato:		Cliente:	EPHMQ
Sector/Área:	Laboratorio	Subcontratado:	
Encargado/Líder:	G. Pck Cuztos	CI:	178177618-3
Evaluador:	Elizabeth Guanaguana	Fecha:	04/09/2017
		Cargo:	Enfermera <input type="checkbox"/>

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad:

Tipo de inspección:

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

Requisito legal y otros:

Rutina Programada Ocasional

Vehículo: Ambulancia 2. Placa: PCK-3755

Fecha: 04/09/2017

N°	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Señalización visual y auditiva de emergencia	C
2	Camilla rígida con ruedas, protector lateral y fijador de camilla	C
3	Tabla larga con protector lateral para inmovilizar la columna cervical	C
4	Dos soportes de suero	C
5	Instalación de red de oxígeno, con válvula, manómetro en un lugar de fácil visualización y toma para permitir la alimentación del respirador	C
6	Sistema de O ₂ y aspiración para transporte	C
7	Respiración y succión manual	C
8	Monitor cardioversor con batería e instalación eléctrica compatible con sustento documental de mantenimiento y/o funcionamiento	C
9	Kit de vías aéreas conteniendo tubos endotraqueales de varios tamaños, catéteres de aspiración, adaptadores para tubo endotraqueal, catéteres nasales tipo gafas, jeringa de 20 ml, resucitador manual adulto, sondas para aspiración traqueal de varios tamaños, pares de guantes para procedimientos, máscara para resucitador adulto, frasco de xilocaína/lidocaína, fijación de tubo, laringoscopio para adulto con conjunto de láminas, estetoscopio, esfigmomanómetro para adulto, tubo orofaríngeo para adulto, guía para intubación, pinza de Magill, bisturí descartable. INSUMOS CON FECHA VISIBLES DE ELABORACIÓN Y CADUCIDAD, REGISTRADOS EN FORMATOS RESPECTIVOS	C
10	Kit de acceso venoso que contiene: férula para la fijación del brazo, pares de guantes para procedimientos, recipiente de algodón con antiséptico, paquetes de gasa estéril, esparadrapos, material para punción de varios tamaños, tijeras, pinza de Kocher, agujas de varios tamaños, jeringas de varios tamaños, llaves de 3 vías, equipos de infusión de 3 vías, frascos de Ringer Lactato, frascos de NaCl (cloruro de sodio) al 0,9% y frascos de SG (suero glucosado) al 5%. INSUMOS CON FECHA VISIBLES DE ELABORACION Y CADUCIDAD, REGISTRADOS EN FORMATOS RESPECTIVOS	C
11	Caja completa para pequeña cirugía con mecanismo de esterilización y rotulación de fecha de uso o esterilización	C
12	Otros: colectores de orina, sondas vesicales, protecciones para eviscerado y quemaduras, espátulas de madera, sonda nasogástrica, electrodos descartables, espacio para drogas fotosensibles, circuito de respirador estéril de reserva, vendaje de varios tamaños y tipos INSUMOS CON FECHA VISIBLES DE ELABORACION Y CADUCIDAD, REGISTRADOS EN FORMATOS RESPECTIVOS	C
13	Equipamientos de protección para el equipo médico: gafas, máscaras, delantales, etc.	C
14	Cobertor o manta metálica para conservar la temperatura del cuerpo.	C
15	Campo quirúrgico con ventanas	C
16	Envases aplicadores con antiséptico	C
17	Cuellos cervicales de diversos tamaños	C
18	Radio o mecanismo de comunicación habil	C
19	Conjunto de férulas para miembros superiores e inferiores	C
20	Linterna pequeña	C
21	Fundad plasticas para manejo de desechos comunes e infecciosos.	C
22	Contrato de mantenimiento preventivo para ambulancias y equipamientos como: monitor, desfibrilador, respirador, esfigmomanometro, entre otros.	C
23	Lidocaína sin vasoconstrictor, adrenalina, epinefrina, atropina, hidrocortisona, etc.	C
24	Psicotrópicos: hidantoína, meperidina, diazepam o midazolam.	C
25	Medicamentos para analgesia y anestesia	C

26	Otros: agua destilada, metoclopramida, dipirona, hioscina, furosemida, amiodarona, etc.	C
27		
28		
29		

RESULTADO

→ NS

EVALUACIÓN

Nombre	Área	Fecha	Firma
Felipe Lorona	salud.	04/09/2017	 BSP

REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro:

04/09/2017

Descripción:

SIN



Fecha registro:

04/09/2017

Descripción:

SIN

Fecha registro:

Descripción:

Fecha registro:

Descripción:

Comentarios adicionales:

Verificador: LIZETH
GUANOQUIZA

Firma:
Hoja 3/3

Cargo:
ENFERMERA

Nº ID: 130460

IDENTIFICACIÓN

Proyecto/Contrato: _____ Cliente: **EDMMA**
 Sector/Área: **Laborador** Subcontratado: _____
 Encargado/Líder: **tick crutoz** CI: **13 0625** Fecha: **13/09/2017**
 Evaluador: **tick crutoz** Cargo: **Medico**

CARACTERIZACIÓN

Proceso/Actividad: _____
 Tipo de inspección: _____
 Control operacional asociado: **SC-CL1-SO-010-PR Plan de Emergencias Médicas y
Primeros Auxilios - PEMPS** Requisito legal y otros: _____

Rutina VERIFI Programada Ocasional

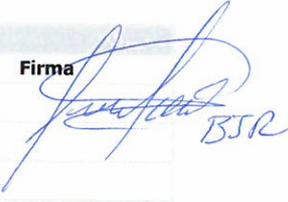
Vehículo: **Ambulancia** Placa: **PCK 3755**
 Fecha: **13/09/2017**

Nº	Ítem	Verificación del cumplimiento
1	Señalización visual y auditiva de emergencia	C
2	Camilla rígida con ruedas, protector lateral y fijador de camilla	C
3	Tabla larga con protector lateral para inmovilizar la columna cervical	C
4	Dos soportes de suero	C
5	Instalación de red de oxígeno, con válvula, manómetro en un lugar de fácil visualización y toma para permitir la alimentación del respirador	C
6	Sistema de O ₂ y aspiración para transporte	C
7	Respiración y succión manual	C
8	Monitor cardioversor con batería e instalación eléctrica compatible con sustento documental de mantenimiento y/o funcionamiento	C
9	Kit de vías aéreas conteniendo tubos endotraqueales de varios tamaños, catéteres de aspiración, adaptadores para tubo endotraqueal, catéteres nasales tipo gafas, jeringa de 20 ml, resucitador manual adulto, sondas para aspiración traqueal de varios tamaños, pares de guantes para procedimientos, máscara para resucitador adulto, frasco de xilocaína/lidocaína, fijación de tubo, laringoscopio para adulto con conjunto de láminas, estetoscopio, esfigmomanómetro para adulto, tubo orofaríngeo para adulto, guía para intubación, pinza de Magill, bisturí descartable. INSUMOS CON FECHA VISIBLES DE ELABORACION Y CADUCIDAD, REGISTRADOS EN FORMATOS RESPECTIVOS	C
10	Kit de acceso venoso que contiene: férula para la fijación del brazo, pares de guantes para procedimientos, recipiente de algodón con antiséptico, paquetes de gasa estéril, esparadrapos, material para punción de varios tamaños, tijeras, pinza de Kocher, agujas de varios tamaños, jeringas de varios tamaños, llaves de 3 vías, equipos de infusión de 3 vías, frascos de Ringer Lactato, frascos de NaCl (cloruro de sodio) al 0,9% y frascos de SG (suero glucosado) al 5%. INSUMOS CON FECHA VISIBLES DE ELABORACION Y CADUCIDAD, REGISTRADOS EN FORMATOS RESPECTIVOS	C
11	Caja completa para pequeña cirugía con mecanismo de esterilización y rotulación de fecha de uso o esterilización	C
12	Otros: colectores de orina, sondas vesicales, protecciones para eviscerado y quemaduras, espátulas de madera, sonda nasogástrica, electrodos descartables, espacio para drogas fotosensibles, circuito de respirador estéril de reserva, vendaje de varios tamaños y tipos INSUMOS CON FECHA VISIBLES DE ELABORACION Y CADUCIDAD, REGISTRADOS EN FORMATOS RESPECTIVOS	C
13	Equipamientos de protección para el equipo médico: gafas, máscaras, delantales, etc.	C
14	Cobertor o manta metálica para conservar la temperatura del cuerpo.	C
15	Campo quirúrgico con ventanas	C
16	Envases aplicadores con antiséptico	C
17	Cuellos cervicales de diversos tamaños	C
18	Radio o mecanismo de comunicación habil	C
19	Conjunto de férulas para miembros superiores e inferiores	C
20	Linterna pequeña	C
21	Fundad plasticas para manejo de desechos comunes e infecciosos.	C
22	Contrato de mantenimiento preventivo para ambulancias y equipamientos como: monitor, desfibrilador, respirador, esfigmomanometro, entre otros.	C
23	Lidocaína sin vasoconstrictor, adrenalina, epinefrina, atropina, hidrocortisona, etc.	C
24	Psicotrópicos: hidantoína, meperidina, diazepam o midazolam.	C
25	Medicamentos para analgesia y anestesia	C

26	Otros: agua destilada, metoclopramida, dipirona, hioscina, furosemida, amiodarona, etc.	C
27		
28		
29		

RESULTADO

S/N

EVALUACIÓN				
Nombre	Área	Fecha	Firma	
Felipe Lorona	Salud.	13/oct/2017		BSR

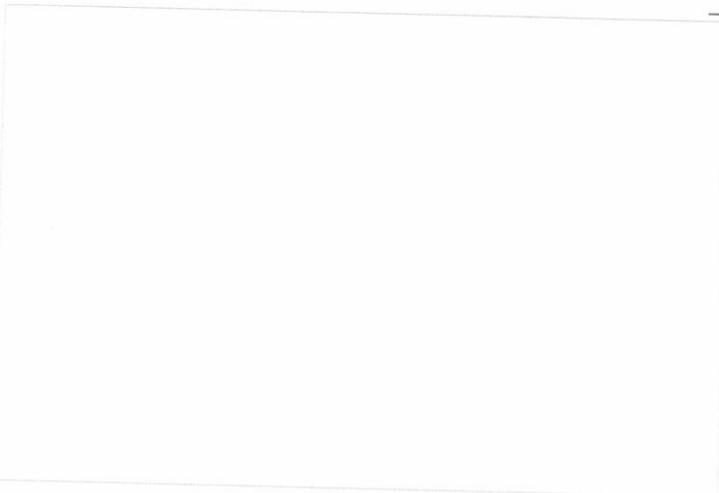
REGISTROS/ANEXOS



Fecha registro: 13/09/2017
Descripción: S/N



Fecha registro: 13/09/2017
Descripción: S/N



Fecha registro: _____
Descripción: _____



Fecha registro: _____
Descripción: _____

Comentarios adicionales: _____

Verificador: ERICK CANTOS

Dr. Erick Cantos S.
SALUD OCUPACIONAL
Reg. MSP L: 42 F: 26 No: 78

Firma:
Hoja 3/3

Cargo:
MEDICO

Nº ID: 130125

