| COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR FRANCISCO Y CLARA | | | |
|---|---|---|---|
| 1. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: INGRID JOHANA FRANCO | | | 2.FECHA: 16/05/2024 |
| 3.ASPECTO Y ÁREA A VERIFICAR | | 4. CALIFICACIÓN | 5. ACTIVIDAD POR IMPLEMENTAR |
| 3.A | AREA DE COMEDOR | | |
| **A.1** | Aberturas entre puertas y piso (exteriores) | 1 | |
| **A.2** | Aberturas entre puertas y piso (interiores) | 1 | |
| **A.3** | Estado de las ventanas del comedor | 1 | |
| **A.4** | Los marcos de puertas y ventanas son herméticos. | 1 | |
| **A.5** | Paredes y techos del comedor están libres de agujeros. | 1 | |
| **A.6** | Los techos del comedor se acoplan herméticamente con los muros. | 1 | |
| **A.7** | Estado de los mesones comedor están libres de agujeros. | 1 | |
| 3.B | AREA DE BODEGAS | | |
| **B.1** | Estado de los anjeos (mallas) de las ventanas de las bodegas. | 1 | |
| **B.2** | Los marcos de puertas y ventanas son herméticos. | 1 | |
| **B.3** | Paredes y techos de la bodega están libres de agujeros. | 1 | |
| **B.4** | Los techos de las bodegas se acoplan herméticamente con los muros. | 1 | |
| 3.C | OTRAS AREAS | | |
| C.1 | Oficina de Gestión Documental | 1 | |
| C.3 | Oficina de Gerontología | 1 | |
| **C.4** | Oficina De Terapia Ocupacional | 1 | |
| **C.5** | Taller Terapia Ocupacional | 1 | |
| **C.6** | Área de Limpieza De Heridas | 1 | |
| **C.7** | Stock De Medicamentos | 2 | Se evidencia medias cañas levantadas |
| **C.8** | Educación Física | 1 | |
| **C.9** | Oficina Trabajo Social | 1 | |
| **C.10** | Habitaciones Y/O Dormitorios | 1 | |
| **C.11** | Recepción Y/O Secretaria | 1 | |
| **C.12** | Exteriores | 1 | |
| **C.13** | Oficina Nutrición | 1 | |
| **C.14** | Oficina Psicología | 1 | |
| **C.15** | Salón Sensorial | 1 | |
| **C.16** | Consultorio No. 1 | 2 | Se evidencia medias cañas levantadas |
| **C.17** | Consultorio No. 2 | 1 | |
| **C.18** | Consultorio No. 3 | 1 | |
| **C.19** | Consultorio Fisioterapia | 1 | |
| **C.20** | Oficina Enfermería | 1 | |
| **C.21** | Área Húmeda (Jacuzzy, Sauna, Baño Turno) | 1 | |
| **C.22** | Salón de Juegos | 1 | |
| **C.23** | CATRS Hospitalarios | 1 | |

| COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR FRANCISCO Y CLARA | | | |
|---|---|---|---|
| **C.24** | CATRS Ordinarios | 1 | |
| **C.25** | CATRS Reciclaje | 1 | |
| **C.26** | CATRS Peligrosos | 1 | |
| **La calificación de la verificación es:**1 = ACEPTABLE 2 = NO A1CEPTABLE | | | |

| 6. OBSERVACIONES | 7. ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO) | 8. RESPONSABLE(S) |
|---|---|---|
| Se observa medias cañas de las áreas limpieza de heridas y consultorio 1 | Se realiza ajuste en las respectivas áreas | Aux de servicios generales. |