

ANEXO III:

HOJA DE VERIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES PARA ACONDICIONAMIENTO DE ESPACIOS EN OBRA

VERIFICACIÓN PREVIA A LA EJECUCIÓN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.-Nº solicitud _____ 2.-Fecha de verificación ____/____/____

3.-Denominación _____

4.-Localización _____

5.-Tipo de obra _____

6.-Fecha de inicio ____/____/____ 7.-Duración prevista _____ días

CARACTERÍSTICAS DE LA OBRA

SI NO N/P

• Áreas de riesgo anexas a la zona	☐	☐	☐
• Actividad asistencial en la zona de obras	☐	☐	☐
• Se va a ver afectado el almacén de material.....	☐	☐	☐
• Se van a ver afectadas instalaciones en uso.....	☐	☐	☐
• Alteración en la ruta de material, comidas, ropas.....	☐	☐	☐
• Alteración en le ruta de pacientes, personal.....	☐	☐	☐
• Salida exclusiva de trabajadores.....	☐	☐	☐
• Ascensor exclusivo obreros, material, escombros.....	☐	☐	☐
• Mobiliario en zona de obras.....	☐	☐	☐
• Pequeño equipamiento, fungible, almacenable, farmacia.....	☐	☐	☐
• Equipos de electromedicina en zona de obras.....	☐	☐	☐
• Elementos que precisen de desmontaje.....	☐	☐	☐
• Documentación clínica, historias, libros.....	☐	☐	☐
• Necesidad de hacer partes a mantenimiento.....	☐	☐	☐

HOJA DE VERIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES PARA ACONDICIONAMIENTO DE ESPACIOS EN OBRA

VERIFICACIÓN PREVIA A LA EJECUCIÓN

MEDIDAS ADOPTADAS

SI NO N/P

• Aislamiento adecuado de la zona en obras.....	☐	☐	☐
• Tipo de barrera (describir).....	☐	☐	☐
• Señalización de la zona.....	☐	☐	☐
• Protección y traslado o baja de mobiliario.....	☐	☐	☐
• Traslado o baja de pequeño equipamiento.....	☐	☐	☐
• Traslado y recogida de fungible, almacenable farmacia.....	☐	☐	☐
• Traslado o baja de equipos electromedicina.....	☐	☐	☐
• Protección de elementos trasladables.....	☐	☐	☐
• Sellado de conductos y rejillas aire acondicionado.....	☐	☐	☐
• Adaptación de instalaciones en uso.....	☐	☐	☐
• Escombros			
○ Frecuencia de retirada.....	☐	☐	☐
○ Vía de retirada.....	☐	☐	☐
○ Hora de retirada.....	☐	☐	☐
○ Medio de transporte de escombros específico.....	☐	☐	☐
• Se establecen recomendaciones específicas de limpieza			
○ Del área 0 zona en construcción.....	☐	☐	☐
○ Del área circundante.....	☐	☐	☐

OBSERVACIONES

|

CONFORME

HOJA DE VERIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES PARA ACONDICIONAMIENTO DE ESPACIOS EN OBRA

VERIFICACION DURANTE LA EJECUCIÓN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.-Denominación _____

2.-Localización _____

SITUACIÓN MEDIDAS ADOPTADAS

	Fecha y hora								
	SI	NO	N/P	SI	NO	N/P	SI	NO	N/P
• Aislamiento adecuado en la zona de obras	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Señalización de la zona	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Aire acondicionado sellado de conductos , rejillas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Mobiliario o elementos en el area	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Instalaciones correctamente sectorizadas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Escombros									
Retirada de forma prevista	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transporte contenedores cerrados	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Estado correcto de la limpieza									
Del área o zona en construcción	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Del área circundante	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

OBSERVACIONES

Persona que realiza la verificación

_____/_____/_____:_____/_____/_____:_____/_____/_____:_____

Fdo.

Fdo.

Fdo.

HOJA DE VERIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES PARA ACONDICIONAMIENTO DE ESPACIOS EN OBRA

FINALIZACIÓN DE LA EJECUCIÓN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.-Nº solicitud _____ 2.-Fecha de verificación ____ / ____ / ____
 3.-Denominación _____
 4.-Localización _____
 5.-Tipo de obra _____
 6.-Fecha de inicio ____ / ____ / ____ 7.-Duración final _____ días

	SI	NO	N/P
▪ Escombros y desechos de obra en la zona	☐	☐	☐
▪ Puesta en marcha de instalaciones	☐	☐	☐
▪ Pruebas de instalaciones	☐	☐	☐
▪ Remates y acabados finales	☐	☐	☐
▪ Documentación técnica entregada	☐	☐	☐
▪ Partes de trabajo comunicados	☐	☐	☐
▪ Limpieza de la zona completada	☐	☐	☐
▪ Traslado de mobiliario	☐	☐	☐
▪ Montaje de muebles	☐	☐	☐
▪ Montaje de accesorios y elementos	☐	☐	☐
▪ Recolocación equipamiento, fungible, almacenable, farmacia	☐	☐	☐
▪ Instalación equipos de electromedicina	☐	☐	☐
▪ Control microbiológico ambiental	☐	☐	☐
▪ Revisión de antiguas instalaciones	☐	☐	☐
▪ Colocada cartelera	☐	☐	☐

OBSERVACIONES

**HOJA DE VERIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES PARA ACONDICIONAMIENTO DE
ESPACIOS EN OBRA**

FINALIZACION DE LA EJECUCION

COMIENZO DE LA ACTIVIDAD

Se puede comenzar la actividad en el área

SI NO
☐ ☐

Fecha de inicio de la actividad asistencial

CONFORME