



FORMULARIO DE EVALUACIÓN SANITARIA

Fecha: _____ Hora: _____ Primera Inspección: _____ Re inspección: _____

Inspección realizada por: _____

Institución que representa: _____

Cuadro N°1. Datos generales del establecimiento.

Persona física o jurídica: _____ Cédula: _____

Patente N°: _____ Código SIG: _____

N° teléfono (celular): _____ N° teléfono local: _____

Correo electrónico: _____

Nombre Comercial: _____ Actividad: _____

Dirección del negocio: _____

Distrito: _____

Cantidad de empleados: _____ Cantidad de público que atiende a diario: _____

Área total del edificio (m²): ____ Área de uso público(m²): _____ Aforo máx sugerido (m²): _____

Cantidad de mesas (negocio de restaurante, soda, cafetería o similar): _____

Aforo máximo por mesa: _____ Fecha de vencimiento Permiso de Salud: _____



Cuadro N°2. Requisitos indispensables para el cumplimiento de Sello Sanitario.

(1 punto cada ítem, total de puntos 9, se obtiene el sello sanitario con un puntaje mínimo de 8)

HIGIENE Y DESINFECCIÓN

1. Existe un procedimiento de limpieza y desinfección total diaria (debe de contar con documentación que avale la periodicidad de la ejecución de limpieza y desinfección en todas las áreas, por ejemplo una bitácora).
SI () NO ()
2. Los colaboradores tienen acceso a un lugar donde puedan lavarse las manos con agua y jabón.
SI () NO ()
3. Los clientes, proveedores o contratistas tienen acceso a alcohol en gel al ingreso (si el local tuviera más de un ingreso se debe de proporcionar alcohol en gel en los demás) del establecimiento.
SI () NO ()

COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN

4. Cuenta con rotulación de los protocolos de estornudo, tos, lavado de manos, así como del uso de cubrebocas por parte de los clientes.
SI () NO ()

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

5. Los colaboradores hacen uso adecuado de cubrebocas.
SI () NO ()
6. Personal del establecimiento promueve el uso adecuado del cubrebocas hacia los clientes (existencia de rotulación, recordatorio a clientes cuando ingresan al local) SI () NO ()

MANEJO DE RESIDUOS

7. Disposición de contenedores (basureros) con pedal y tapa.
SI () NO ()

DEMARCACIÓN Y DISTANCIAMIENTO

8. Cumplimiento de aforo máximo o demarcación del distanciamiento en el establecimiento y sus alrededores si aplicase (ventanas únicas).
SI () NO ()

ACTUACIÓN ANTE CASOS CONFIRMADOS DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS.

9. La persona empleadora cuenta con un protocolo donde identifique las acciones a seguir si existen casos confirmados o sospechosos dentro de las instalaciones de su organización.
SI () NO ()



Observaciones: _____

Cuadro N°. Acciones de contingencia (opcionales).

(1 punto por cada ítem, total 13 puntos, el Sello de Cumplimiento Sobresaliente se obtiene con 8 puntos de los requisitos indispensables más un mínimo de 8 puntos opcionales, o sea un total de 16 puntos o más.)

- | |
|---|
| 1. Cuenta con jabón líquido, papel toalla y lavamanos en la entrada: SI () NO () |
| 2. Se realiza la toma de temperatura a la entrada: SI () NO () |
| 3. Cuenta con almohadilla de desinfección (pediluvio) a la entrada: SI () NO () |
| 4. Existencia de personal en modalidad de teletrabajo: SI () NO () N/A () |
| 5. Reuniones virtuales por internet: SI () NO () N/A () |
| 6. Dispone de personal vigilando el cumplimiento de medidas sanitarias: SI () NO () |
| 7. Atención de clientes con cita: SI () NO () N/A () |
| 8. Separación de espacios con pantalla plástica o divianes: SI () NO () |
| 9. Horario diferenciado para adultos mayores: SI () NO () |
| 10. Disponen de servicios sanitarios desinfectados y acondicionados para usuarios: SI () NO () |
| 11. Se definió un canal de comunicación para compartir información oficial relacionada con COVID-19 a los demás colaboradores: SI () NO () |
| 12. El comercio tiene identificado a colaboradores con factores de riesgo y ha tomado medidas para disminuir su vulnerabilidad: SI () NO () |
| 13. El establecimiento cuenta con una adecuada ventilación: SI () NO () |

Resultado de la valoración

Puntaje obtenido: Requisitos indispensables: _____ Acciones de contingencia: _____

Puntaje obtenido de las acciones de contingencia: _____

Sello de cumplimiento sanitario (Chiquizá): SI () NO ()

Sello de cumplimiento sobresaliente (Mariola): SI () NO ()

Correcciones a realizar: _____

Plazo para corregir: _____ Próxima Inspección: _____

Se recomienda traslado para valoración por Área Rectora de Salud de Curridabat: SI () NO ()

Firma y cédula del patentado

Firma y cédula del funcionario (a)