

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020		
Versión: 002				
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Ruben Darío Hernández Herrera			
CARGO	Gestor Clínico			
FECHA DE INSPECCIÓN	03-Julio-2020			
SERVICIO	Urgencias			
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 María Eugenia Marrón	Trabajador No 2 Javier Danilo Salazar	Trabajador No 3 Jhon Pinos	
	Trabajador No 4 Lina Montes			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	NA	NC	NA
3	Careta y/o Visor	C	NC	C
4	Mascarilla Convencional	NA	C	NA
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Guantes	NA	NA	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA
13	Otro ( )	NA	NA	NA
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible			
3	Olvido			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO				
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	NA	NA	C
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	NC	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	NA	C
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	NA	NA	C



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020
					Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	NA	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		8	10	12	12
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		8	7	12	12
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %	70 %	100 %	100 %
FIRMA DEL COLABORADOR		JRIOS Lina Montes			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020
Versión: 002					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Ruben Darío Hernández Herrera.				
CARGO	Gerente Clínico Operativo				
FECHA DE INSPECCIÓN	03-MAR-2020				
SERVICIO	urgencias				
TURNOS	M	A	T	N	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Alvaro Asprilla.	Trabajador No 2 Leidy Bedoya	Trabajador No 3 Brika Bedoya	Trabajador No 4 Dorly Figueroa	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	NA	NA	C	NA
3	Careta y/o Visor	C	C	C	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	NA	C
5	Respirador N 95	NA	C	C	NA
6	Guantes	NA	NA	NA	NA
7	Bata Antifluidos	C	C	C	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	NA	NA	C	NA
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C	(NA) C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	NA	C	NA
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	NA	NA	C	NA





Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	NA	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		8	9	12	6
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		8	9	12	6
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%.	100%.	100%.	100%.
FIRMA DEL COLABORADOR		HUARO	Isabella	Enke	Darby
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Fecha: 8/Abril/2020			
CARGO		Versión: 002			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO					
TURNOS					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS					
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
Trabajador No 4					
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	NA	NA
3	Careta y/o Visor	NA	NA	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	NA	NA	NA	NA
6	Guantes	NA	C	NA	NA
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	C	NA	NA	NA
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	NA	NA	NA
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	NA	NA	NA	NA





Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

Código: SST-FR-090

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	C	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	C	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		11	9	8	8
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		11	9	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %	100 %	100 %	100 %
FIRMA DEL COLABORADOR		Dydoe. [Signature]	[Signature]	[Signature]	Natalia Chaparro B.
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020
					Versión: 002
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Ruben Dario Fernandez Herrera.				
CARGO	Gestor Clínico Urgencias				
FECHA DE INSPECCIÓN	03-04-2020				
SERVICIO	Urgencias				
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Ricardo Mendez	Trabajador No 2 Lorena Gorgales	Trabajador No 3 Yanilet Lozano	Trabajador No 4 Dianeth Valderrama	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	NC	NA	C	NA
3	Careta y/o Visor	NC	C	NA	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	NA	NA	NA	NA
6	Guantes	NA	NA	NA	NA
7	Bata Antifluidos	NC	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	NA	NA	NA	NA
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	NC	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	NA	NA	NA
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	NA	NA	NA	NA






Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	NA	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		9	8	8	8
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		5	8	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		55 %	100 %	100 %	100 %
FIRMA DEL COLABORADOR					Dianaethuc
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					



 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>		Código: SST-FR-090		
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 7/Mayo/2018		
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Jamilé López Véliz			
CARGO	Ejecutiva			
FECHA DE INSPECCIÓN	04/07/18			
SERVICIO	URGENCIAS			
TURNO	M <u>X</u>	T <u>X</u>	N <u>X</u>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 DR OROBIO	Trabajador No 2 AUX LOPEZ ELISABETH	Trabajador No 3 AUX AYDE	
			Trabajador No 4 Jefe MARIA FERNANDA	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95	NA	NA	NA
6	Guantas	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA
12	Otro ( )			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible			
3	Olvido			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO				
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	C	C	C
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	C	C	C
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	C	C	C





CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

Fecha: 7/Mayo/2018

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	C	C	C	C
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	C	C	C	C
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	C	C	C	C
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %	100 %	100 %	100 %
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 7/Mayo/2018			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Jornalista - J. J. Velázquez				
CARGO	Empleador				
FECHA DE INSPECCIÓN	5/07/18				
SERVICIO	URGENCIAS				
TURNO	M	T	N	X	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 DR KEVIN	Trabajador No 2 JF MARELI	Trabajador No 3 JF MARIA FERNANDA	Trabajador No 4 AUX. YEICA	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	NC	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	NA	NA
6	Gantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido	X			
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	C	C	C	C
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	C	C	C	C
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	C	C	C	C





CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS


Código: SST-FR-090

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

Fecha: 7/Mayo/2018

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	C	C	C	C
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	C	C	C	C
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	C	C	C	C
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulceras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%			



 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>		Código: SST-FR-090		
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 7/Mayo/2018		
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Jefe yailet			
CARGO	enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN	5/7/18			
SERVICIO	UG			
TURNO	M	T	N <input checked="" type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 DR GOSTAK	Trabajador No 2 RUBEN IPTA	Trabajador No 3 AUX ALEX	
			Trabajador No 4 JA JENI	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95	NA	NA	C
6	Gantes	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA
12	Otro ( )			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible			
3	Olvido			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO				
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amenta lavado de manos.	C	C	C
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	C	C	C
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	C	C	C





CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS


Código: SST-FR-090

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

Fecha: 7/Mayo/2018

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	C	C	C	C
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	C	C	C	C
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	C	C	C	C
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%			



 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>		Código: SST-FR-090		
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 7/Mayo/2018		
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Jefe Salud Ocupacional			
CARGO				
FECHA DE INSPECCIÓN				
SERVICIO				
TURNO	M _____	T _____	N <u>X</u>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Dra. Sandra Lozano	Trabajador No 2 Zaira Lozano	Trabajador No 3 Trabajador No 4	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	C	C	
2	Gafas de Seguridad	NT	NT	
3	Careta y/o Visor	NT	NT	
4	Mascarilla Convencional	C	C	
5	Respirador N 95	NA	NA	
6	Guantes	C	C	
7	Bata Antifluidos	C	C	
8	Protector Auditivo	NA	NA	
9	Delantal Plástico	NA	NA	
10	Delantal en PVC	NA	NA	
11	Botas	NA	NA	
12	Otro ( )			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible	X		
3	Olvido		X	
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO				
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	C	C	
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	C	C	
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	C	C	





CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS


Código: SST-FR-090

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

Fecha: 7/Mayo/2018

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	C	C		
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	C	C		
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	C	C		
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C		
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C		
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C		
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10		
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		2			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					



 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>		Código: SST-FR-109 Fecha: 12/Junio/2020 Versión: 001
Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad		

FECHA DE ENTREGA			Higiene de manos	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor / Careta	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antifuído	Bata Antifuído	Guantes	Polainas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A													
03	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		Rosario	
03	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓	Jenny Gierke	
03	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓	JHAN ROS	
03	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓	LINA MORALES	
03	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		Celia Bruma	
02	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		JOVI AULLON	
02	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		LUKASHE	
02	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		LUCERO	
02	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		NUEEL BL.	
02	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		José Medina	
02	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		Ricardo Alvarado	
02	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		BEI ANJONIA	
02	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		MARIA	
02	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		SALGADO	
02	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		CHAMALIZAPPA	
02	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		JANU, FRE	
02	07	20	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		INICIO	
03	07	20	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		reidy.	

Me comprometo a utilizar los elementos de protección que me han sido suministrados para el desempeño de mis funciones y actividades dentro del área de trabajo. He sido instruido sobre la manera correcta de su uso y mantenimiento; igualmente me comprometo a mantenerlos en buen estado y reportar cualquier anomalía al jefe inmediato, para su reposición.



**Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad**

[illegible]