




 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	Sandra Guerrero			
CARGO	Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN	19/06/20			
SERVICIO	Partos			
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Monica Chacon	Trabajador No 2 Susana Eraso	Trabajador No 3 Antonio Briceño	
	Trabajador No 4 Rafael Yarcano			
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	C	C	
3	Careta y/o Visor	C	C	
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	
5	Respirador N 95	C	C	
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			
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.	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI
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.	SI	SI	SI


 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.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4	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	Rosa de los Angeles		
CARGO	Enfermera		
FECHA DE INSPECCIÓN	15 - Junio - 2020		
SERVICIO	PARTO		
TURNOS	M	T	N <u>X</u>
PROCEDIMIENTO OBSERVADO			
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Polo	Trabajador No 2 Ruby	Trabajador No 3 De Blas
			Trabajador No 4 Raquel
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	NC
3 Careta y/o Visor	C	NC	C
4 Mascarilla Convencional	NA	NA	NA
5 Respirador N 95	C	C	C
6 Guantes	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 Bolas	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.	SI	SI	SI
2 Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI
3 Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI
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.	SI	SI	SI

 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.	Sr	Sr	Sr	Sr
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Sr	Sr	Sr	Sr
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Sr	Sr	Sr	Sr
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Sr	Sr	Sr	Sr
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Sr	Sr	NC	NC
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Sr	Sr	Sr	Sr
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		4/4 => 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	Lina María Reyes Mejía			
CARGO	Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN	Junio 20/2020			
SERVICIO	S. de Partos			
TURNOS	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Isabel	Trabajador No 2 Angela	Trabajador No 3 Lina	
			Trabajador No 4 D. Gonia	
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	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Guantes	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	C
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.	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si
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.	Si	Si	Si


 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.	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	No	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	9	9	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	90%	90%	100%
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4	4	4
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4	4	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		Sandra Goetzaro			
CARGO		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN		20-06/20			
SERVICIO		Partos			
TURNO		M _____ T _____ N <u>X</u>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Susana Eraso	Monica Chacon	Margarita Belto	Andres Gomez
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	C	NC
3	Careta y/o Visor	C	C	C	NC
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Gantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NA C	NA C	C	NC
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	C	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				
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.	SI	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
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.	SI	SI	SI	SI


 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.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	NO	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	9	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	90%	100%
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/3 95%			


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					
TURNO					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Claudia Zulwaga	Moham. Erazo	Cesar Rendón	Rafael Morcano
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	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	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	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.	SI	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
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.	SI	SI	SI	SI


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.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%			
FIRMA DEL COLABORADOR		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		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	Ana María Reyes M.		
CARGO	Ejecutiva		
FECHA DE INSPECCIÓN	Día 02/2018		
SERVICIO	S. de Partos		
TURNO	M	T	N <u>X</u>
PROCEDIMIENTO OBSERVADO			
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Angela	Trabajador No 2 Ruby	Trabajador No 3 Sara
	Trabajador No 4 Luz		
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	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	(NA) C
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		
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.	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si
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.	Si	Si

 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.	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	Si
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	Rafael Jara Ortiz			
CARGO	Ejercicio			
FECHA DE INSPECCIÓN	22 - Junio - 2023			
SERVICIO	Parrillas			
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Rafael	Trabajador No 2 Rafael	Trabajador No 3 D. Rendon	
			Trabajador No 4 Dr. Gervasio	
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	NC	NC
3	Careta y/o Visor	C	C	NC
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C
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.	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI
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.	SI	SI	SI


 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.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
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		4/4 100 %			


 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				
TURNO				
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Narel Erazo	Trabajador No 2 Claudia Zuluaga	Trabajador No 3 Jesús Bolanos	
	Trabajador No 4 Gilberto Portinez			
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	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Guantes	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	Traje Especial	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.	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI
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.	SI	SI	SI

 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.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%			
FIRMA DEL COLABORADOR		A.			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4	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	sandra Guerrero				
CARGO	Enfermera				
FECHA DE INSPECCIÓN	23-06/20				
SERVICIO	Partos				
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Angela Munoz	Trabajador No 2 Susana Erazo	Trabajador No 3 Irene Hidalgo	Trabajador No 4 Johan Lopez	
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	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	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	Traje Especial				
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.	SI	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
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.	SI	SI	SI	SI

 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.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %	100 %	100 %	100 %
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>Quibel</i>	<i>Susana</i>	<i>Luz Dora</i>	<i>✓</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 100 %			


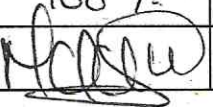
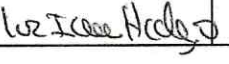
 CUNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 7/Mayo/2018			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Rafael J. C. Ríos			
CARGO		Ejecutivo de Operación			
FECHA DE INSPECCIÓN		23 - Mayo - 2020			
SERVICIO		PARTU			
TURNO		M _____ T _____ N <u>X</u>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Polo	Trabajador No 2 Monica	Trabajador No 3 D. R. Ríos	Trabajador No 4 D. Gómez	
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	C	C
3	Carota y/o Visor	NC	NC	C	NC
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	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				
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.	SI	SI	SI	SI
2.	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI
3.	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
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.	SI	SI	SI	SI

 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.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	09	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	90%	100%
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 ⇒ 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	Julieta Bengio Enfermera			
CARGO	24-Junio-2020			
FECHA DE INSPECCIÓN				
SERVICIO	Portos			
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Dora Erazo	Trabajador No 2 Isabel Peralta	Trabajador No 3 Jesus Bolaños	
	Trabajador No 4 Sandra Pereq			
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	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C
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	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.	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI
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.	SI	SI	SI

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.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%			
FIRMA DEL COLABORADOR		4.			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		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	Sandra Guerrero				
CARGO	Enfermera				
FECHA DE INSPECCIÓN	24/06/20				
SERVICIO	Partos				
TURNO	M	T	N	X	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Monica Chacon	Trabajador No 2 Susana Evazo	Trabajador No 3 Irene Hicalgo	Trabajador No 4 Jhon Alvarado	
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	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Gantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C	NC
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.	SI	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
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.	SI	SI	SI	SI

 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.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	NO
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	9
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %	100 %	100 %	90 %
FIRMA DEL COLABORADOR			Susana		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		3			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/3 75 %			

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	Hilda Agüero			
CARGO	Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN	25 Junio 2020			
SERVICIO	Parto			
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Nara Erazo	Trabajador No 2 Angela Muñoz	Trabajador No 3 Antonio Briceño	
			Trabajador No 4 Rafael Marcano	
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	na	na	na
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Guantes	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	Traje Especial	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.	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI
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.	SI	SI	SI

 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.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideshlizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %	100 %	100 %	100 %
FIRMA DEL COLABORADOR					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 100 %			

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	Julieta Rengifo		
CARGO	Enfermera		
FECHA DE INSPECCIÓN	25/06/20		
SERVICIO	Partos		
TURNO	M	T	N
PROCEDIMIENTO OBSERVADO			
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Claudia Zuluaga	Trabajador No 2 Isabel Peraíla	Trabajador No 3 Helber Acosta
	Trabajador No 4 Julieta Rengifo		
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	NA	NA	NA
5 Respirador N 95	C	C	C
6 Guantes	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 Bata	NA	NA	NA
12 Traje Especial	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.	SI	SI	SI
2 Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI
3 Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI
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.	SI	SI	SI

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.	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antidestizante.	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %	100 %	100 %
FIRMA DEL COLABORADOR				
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4		
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 100 %		