



CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

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

Rosa María Díaz R.
Enfermera
Reg. 65772286
AREANDINA

| | | | |
|-----------------------------|-----------------|---|---------------------------------------|
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | | | |
| CARGO | JEFE ENFERMERIA | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 26/06/20 | | |
| SERVICIO | URC | | |
| TURNO | M | T | N <input checked="" type="checkbox"/> |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | |

| | | | | |
|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Ruben IPIA | Trabajador No 2 Jose Medina | Trabajador No 3 Milton Londrón | Trabajador No 4 Carmen Taquinás |
|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|

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 | N.A | C |
| 5 | Respirador N 95 | N.A | C | N.A |
| 6 | Guantes | C | C | C |
| 7 | Bata Antifluídos | C | C | C |
| 8 | Protector Auditivo | N.A | N.A | N.A |
| 9 | Delantal Plástico | N.A | N.A | N.A |
| 10 | Delantal en PVC | N.A | N.A | N.A |
| 11 | Botas | N.A | N.A | N.A |
| 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 |

| CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS | | Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad | | Fecha: 7/Mayo/2018 | | Código: SST-FR-090 | |
|---|--|---|-----|--------------------|-----|--------------------|-----|
| 5 | Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas. | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 6 | Verifica el estado del guardián antes de su uso. | SI | SI | 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 | SI | SI |
| 8 | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo. | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 9 | El personal asistencial utiliza con suela antideslizante. | SI | SI | 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 | SI | SI |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS | | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN | | 4 | 4 | 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 | | | | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | ROSA DÍAZ | | | | |
| CARGO | JEFE DE ENFERMERÍA | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 26-06-20 | | | | |
| SERVICIO | UPC | | | | |
| TURNO | M | T | N | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Maria Fernanda | Trabajador No 2 Alejandro Rueda | Trabajador No 3 Enka Bedoya | Trabajador No 4 Edwin Guejic | |
| 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 | NA |
| 6 | Guantes | C | C | C | C |
| 7 | Bata Antifluidos | C | C | C | C |
| 8 | Protector Auditivo | NA | NA | NA | NA |
| 9 | Delantal Plástico | C | C | 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, evitando concentrar, 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 oficinas 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 | | 21 | 21 | 21 | 21 |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | 21 | 21 | 21 | 21 |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | 100 | 100 | 100 | 100 |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS | | 4 | 4 | 4 | 4 |
| TOTAL TRABAJADORES 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 | | | | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | Ruben Pardo Fernandez | | | | |
| CARGO | Gerente Clínico | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 23-JUNIO-2018 | | | | |
| SERVICIO | Urgencias | | | | |
| TURNO | M. <input checked="" type="checkbox"/> T. <input type="checkbox"/> N. <input type="checkbox"/> | | | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Ledy Pardo | Trabajador No 2 Daniel Salazar | Trabajador No 3 David Cruz | 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 | |
| 2 | Gafas de Seguridad | C | C | C | |
| 3 | Careta y/o Visor | C | C | C | |
| 4 | Mascarilla Convencional | NA | C | C | |
| 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 | 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 | | | | | |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | |
| 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: 7/Mayo/2018 | | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | | Lina Aspillera | | | |
| CARGO | | Enfermera | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | | 15/05/2018 | | | |
| SERVICIO | | UGS | | | |
| TURNO | | M _____ T <u>X</u> N _____ | | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | | Trabajador No 1 | Trabajador No 2 | Trabajador No 3 | Trabajador No 4 |
| | | MD MP | JF MP. | Aux MP. | |
| 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 | C | C | C | |
| 11 | Botas | 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 | |
| 6 | Verifica el estado del guardián antes de su uso. | C | C | C | |
| 7 | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento. | C | C | C | |
| 8 | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo. | C | C | C | |
| 9 | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante. | C | C | C | |
| 10 | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc. | C | C | C | |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS | | | | | |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS | | | | | |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN | | | | | |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 | | | | | |



Código: SST-FR-047

Formato: Entrega de Elementos de Protección Personal

Fecha: 17/Junio/2014

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.

[illegible]

| CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS | | | FORMTATO DE ENTREGA Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | | | | | | | | | | CODIGO: | |
|--|------------------|-------|---|-----------------------|-----------|----------------|------------------|---------------------|-----------------|---------|----------|----------------|---------|---------------|
| ANO: | MES: | | REGISTRE LA CANTIDAD UTILIZADA DE CADA EPP | | | | | | | | | | FECHA: | OBSERVACIONES |
| DIA | Higiene de manos | Gorro | Respirador N95 | Mascarilla Quirúrgica | Monogafas | Visor / Careta | Rojas Quirúrgica | Uniforme Antifluído | Bata Antifluído | Guantes | Polainas | NOMBRE Y FIRMA | | |
| 1 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | Jesualdo | | |
| 2 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | JROS | | |
| 3 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | Yall | | |
| 4 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | DRUG UNA | | |
| 5 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | | | |
| 6 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | Ima Rosal | | |
| 7 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | Vincent | | |
| 8 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | Al exantobar | | |
| 9 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | SORU | | |
| 10 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | Derry Espada | | |
| 11 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | | | |
| 12 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | Juleth m. | | |
| 13 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | Josua Lora | | |
| 14 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | Ingred S | | |
| 15 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | SD Scherer M. | | |
| 16 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | Rosadior | | |
| 17 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | | | |
| 18 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | | | |
| 19 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | | | |
| 20 | X | X | | X | X | X | | | X | X | | | | |

[illegible]

FECHA:

REGISTRE LA CANTIDAD UTILIZADA DE CADA EPP

OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA

Polainas

Guantes

Bata Antifluído

Antifluído

Pijama Quirúrgica

Visor /Căreta

Monogafas

Quirurgica

N95

Gorro.

Perby Zapeta
Dixson Dr

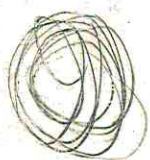
Handwritten: *Handwritten*

03/10/2016

17 Nov 17


Edgardo Cona

○



**UESTRA
LOS REMEDIOS**

[illegible]

|  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 | Lin Aspinia | | | | |
| CARGO | Externa | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 15/05/18 | | | | |
| SERVICIO | Oto | | | | |
| TURNOS | M | T <input checked="" type="checkbox"/> | N | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 CARTICO | Trabajador No 2 CUBIENDE VIRUCHEN | Trabajador No 3 Aux Obs | Trabajador No 4 GILL J | |
| 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 | C | C | C | C |
| 5 | Respirador N 95 | C | C | NA | NA |
| 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. | 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, pulseras, etc. | C | C | C | C |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS | | | | | |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | |
| 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: 7/Mayo/2018 | | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | FABILETH LOZANO VÉLEZ | | | | |
| CARGO | ENFERMERA | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 10/6/20 | | | | |
| SERVICIO | URGENCIAS | | | | |
| TURNO | M <input checked="" type="checkbox"/> | T <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 DASISSE ALFONSO | Trabajador No 2 LUCERO | Trabajador No 3 LINA HERNANDEZ | Trabajador No 4 YBOL NERI RODRIGUEZ | |
| Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento | | | | | |
| | CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: | C: CUMPLE | NC: NO CUMPLE | NT: NO TIENE | NA: NO APLICA |
| 1 | Gorro | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | Gafas de Seguridad | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | Careta y/o Visor | N/A | 1 | 1 | 1 |
| 4 | Mascarilla Convencional | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5 | Respirador N 95 | N/A | NA | NA | N/A |
| 6 | Guantes | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 7 | Bata Antifluidos | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 8 | Protector Auditivo | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 9 | Delantal Plástico | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 10 | Delantal en PVC | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 11 | Botas | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 12 | Otro () | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 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 | 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, pulseras, etc. | C | C | C | C |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS | | 21 | 21 | 21 | 21 |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | 21 | 15 | 15 | 15 |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | 79% | 85% | 85% | 85% |
| 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: <u>Linza Aspila</u> | | | | | |
| CARGO: <u>Enfermera</u> | | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN: <u>11/05/2018</u> | | | | | |
| SERVICIO: <u>UIC</u> | | | | | |
| TURNO: M _____ T _____ N <u>X</u> | | | | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| Trabajador No 1 | | Trabajador No 2 | | Trabajador No 3 | |
| Trabajador No 4 | | | | | |
| CUTICO | | MD C.1 | | MD C.2 | |
| SILB 4 | | | | | |
| Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento | | | | | |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA | | | | | |
| 1 | Gorro | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> |
| 2 | Gafas de Seguridad | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> |
| 3 | Careta y/o Visor | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> |
| 4 | Mascarilla Convencional | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> |
| 5 | Respirador N 95 | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> |
| 6 | Guantes | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> |
| 7 | Bata Antifluidos | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> |
| 8 | Protector Auditivo | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> |
| 9 | Delantal Plástico | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> |
| 10 | Delantal en PVC | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> |
| 11 | Botas | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> |
| 12 | Otro () | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> |
| 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. | <u>C</u> | <u>C</u> | <u>C</u> | <u>C</u> |
| 2 | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo. | <u>C</u> | <u>C</u> | <u>C</u> | <u>C</u> |
| 3 | Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames. | <u>C</u> | <u>C</u> | <u>C</u> | <u>C</u> |
| 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. | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> | <u>NA</u> |



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 | NA | NA | e |
| 6 | Verifica el estado del guardián antes de su uso. | C | NA | NA | e |
| 7 | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento. | C | C | C | e |
| 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 | | 22 | 22 | 22 | 22 |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | 15 | 13 | 13 | 15 |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | |
| 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: 7/Mayo/2018 | | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | YAMILLET LOZANO VELAZ | | | | |
| CARGO | 01/06/2018. SUPERVISORA | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | LEGENDARIO | | | | |
| SERVICIO | | | | | |
| TURNO | M <u>X</u> T _____ N _____ | | | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 DR OSCAR | Trabajador No 2 DRA HONORATO | Trabajador No 3 JEFE LINA | Trabajador No 4 JEFE MA EUGENIA | |
| 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 | NT | NT | C | C |
| 3 | Careta y/o Visor | C | NT | C | C |
| 4 | Mascarilla Convencional | C | C | CUMPLE | C |
| 5 | Respirador N 95 | C | NC | 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. | 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, pulseras, etc. | C | C | C | C |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS | | 17 | 21 | 21 | 21 |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | 17 | 17 | 17 | 17 |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | 83% | 83% | 83% | 83% |
| 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 | Dlga. S. S. S. S. | | |
| CARGO | Enfermera | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 15/05/2018 | | |
| SERVICIO | Núcleo | | |
| TURNO | M _____ T _____ N <u>X</u> | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 DR. García | Trabajador No 2 Aux. CRISTIAN | Trabajador No 3 Aux. OBS |
| 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 | NA | NA |
| 4 | Mascarilla Convencional | C | C |
| 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 () | 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. | 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 | C | |
| 6 | Verifica el estado del guardián antes de su uso. | C | C | C | |
| 7 | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento. | C | C | C | |
| 8 | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo. | C | C | C | |
| 9 | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante. | C | C | C | |
| 10 | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc. | C | C | C | |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS | | | | | |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | |
| 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: 7/Mayo/2018 | | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | Lin Asprillo | | | | |
| CARGO | Enfermera | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 10/5/2018 | | | | |
| SERVICIO | Urg | | | | |
| TURNO | M _____ T _____ N <u>X</u> | | | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 | Trabajador No 2 | Trabajador No 3 | Trabajador No 4 | |
| | Crito | Off tinge | Obs 1 | Gillo 2 | |
| 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 | NT | NT |
| 4 | Mascarilla Convencional | NA | NA | C | C |
| 5 | Respirador N 95 | C | C | NA | NA |
| 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. | 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, pulseras, etc. | C | C | C | C |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS | | | | | |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | |
| 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: 7/Mayo/2018 | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | Lin. Aspi | | | |
| CARGO | FAB. 10220 | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 7/5 | | | |
| SERVICIO | ONE | | | |
| TURNO | M _____ T _____ N <u>X</u> | | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 JF TUAG | Trabajador No 2 JF RUP. | Trabajador No 3 MOC. 2 | |
| | Trabajador No 4 Aux Sillio 2 | | | |
| 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 | C |
| 5 | Respirador N 95 | C | C | NA |
| 6 | Guantes | C | C | C |
| 7 | Bata Antifluidos | C | C | C |
| 8 | Protector Auditivo | C | C | C |
| 9 | Delantal Plástico | NA | NA | NA |
| 10 | Delantal en PVC | NA | NA | NA |
| 11 | Botas | NA | NA | NA |
| 12 | 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. | 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 | | | | | |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | |
| 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: 7/Mayo/2018 | | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | Ruben Dario Fernandez Herrera. | | | | |
| CARGO | Centro clinico Urgencias. | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 23-Mayo-2018. | | | | |
| SERVICIO | Urgencias. | | | | |
| TURNO | M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Jenny Guerra. | Trabajador No 2 Carolina Rojas. | Trabajador No 3 Ruben IPIA. | Trabajador No 4 Wicero Vargas | |
| 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 | C | C | C | C |
| 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 | | | | | |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | |
| 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: 7/Mayo/2018 | | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | Ruben Darío Ferrer Hernández | | | | |
| CARGO | Gerente Clínico Urgencias | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 23 mayo - 20 | | | | |
| SERVICIO | Urgencias | | | | |
| TURNO | M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Dianeth Walderrama | Trabajador No 2 Maria Fernanda Martinez Gomez | Trabajador No 3 Alexandra oculobres | Trabajador No 4 Zulema Valencia | |
| 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 | C | C | C | C |
| 5 | Respirador N 95 | NA | C | NA | NA |
| 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 ÍTEMS OBSERVADOS | | | | | |
| TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | |
| 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: 7/Mayo/2018 | | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | Liber Dario Ronder Herrera | | | | |
| CARGO | Gerente Clínico Urgencias | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 23-Mayo-20 | | | | |
| SERVICIO | Urgencias | | | | |
| TURNO | M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Daryl Riquero | Trabajador No 2 Jessica Lara | Trabajador No 3 Kevin Moreda | Trabajador No 4 Gustavo 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 | C |
| 3 | Careta y/o Visor | C | C | C | C |
| 4 | Mascarilla Convencional | C | C | C | C |
| 5 | Respirador N 95 | NA | NA | NA | NA |
| 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 | | | | | |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS | | | | | |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN | | | | | |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 | | | | | |