

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: <i>Alfonso S...</i>					
CARGO: <i>Gerente</i>					
FECHA DE INSPECCIÓN: <i>11/4/20</i>					
SERVICIO: <i>Atención</i>					
HORARIO: M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	
<p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: O: CUMPLE NO: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA</p>					
1	Gorro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Gafas de Seguridad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Careta y/o Visor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Mascarilla Convencional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Respirador N 85	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Guantas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Bata Antibulder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Protector Auditivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Delantal Plástico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Delantal en PVC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Botas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12	Traje Especial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Ciro (<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA X SEGUN OPCION</p>					
1	Elemento definido				
2	No Disponible				
3	Oviedo				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO, NA SE INAPLICA					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amarra 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

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

5.	Siempre desinfectar los contenedores inmediatamente al finalizar el procedimiento, evitando, cuando sea posible, que resuspensionen polvo y/o partículas.	SI	SI	SI	SI
----	---	----	----	----	----

6.	Verificar el estado del guardan antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
----	---	----	----	----	----

7.	Realizar el desapego de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
----	---	----	----	----	----

8.	Mantener el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
----	---	----	----	----	----

9.	El personal, al salir, utilizar casaca cerrada, sin bolsillos y con ajuste adecuado.	SI	SI	SI	SI
----	--	----	----	----	----


10.	El personal al salir no utilizar ropa durante la realización de los procedimientos como: camisas, pantalones, etc.	SI	SI	SI	SI
-----	---	----	----	----	----

TOTAL ITEMS OBSERVADOS	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	10	10	10	10	10
Porcentaje de cumplimiento.	100%	100%	100%	100%	100%
Firma del Colaborador	Monica J. Lopez	Monica J. Lopez	Monica J. Lopez	Monica J. Lopez	Monica J. Lopez
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO / No.					

CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-080			
Formato Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <u>Valentina Escobar</u>					
CARGO: <u>Enfermera</u>					
FECHA DE INSPECCION: <u>2020-04-08</u>					
SERVIDOR: <u>CAMAR</u>					
DURNO: <u>M</u> <u>T</u> <u>N</u> <u>X</u>					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	
	<u>Jacke</u>	<u>Moni</u>	<u>Amara</u>	<u>Milena</u>	
CRITERIOS DE CALIFICACION: C: CUMPLE NO: NO CUMPLE NI: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	NA	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	NA	NA	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	NA
5	Respirador N 95	NA	NA	NA	C
6	Guantas	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	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				
12	Tijera Especial				
13	Otro ()				
Evaluación de Cumplimiento de Elementos de Protección Personal:					
CRITERIOS DE CALIFICACION: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION					
1	Elemento definido				
2	No Disponible				
3	Oviedo				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACION: SI: SI NO: NO NA: NO APLICA					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la infección antiséptica si no amula 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


CUMPLIMIENTO SERVICIO I N°.		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLIN		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
Firma del Colaborador		100%		100%	
Porcentaje de cumplimiento		100%		100%	
Total ítems que cumplen					
Total ítems observados					
10	El personal asignado no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos, como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
9	El personal, asignado utiliza calzado cerrado, sin cordones y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
8	Mantienen el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el desmontaje de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardafín antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
5	Siempre desmonta los cortapapeles inmediatamente al finalizar el procedimiento, evitando, al mismo tiempo, desperdiciar hojas y doblar o partir cortinas.	SI	SI	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-080			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020			
Versión: 002					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:		Valentina Escobar			
CARGO:		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN:		29/03			
SERVICIO:		CIAMAR			
HORARIO:		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Jacke	Mónica	Omaira	Milena
Evaluación de cumplimiento de Elementos de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		C: CUMPLE	NC: NO CUMPLE	NT: NO TIENE	NA: NO APLICA
1	Gorro	C	NA	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Casaca y/o Visor	NA	NA	NA	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	NA
5	Respirador N 95	NA	NA	NA	C
6	Guantas	C	C	C	C
7	Bata Antibullos	NA	NA	NA	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	Tapa Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()				
Evaluación de cumplimiento de Elementos de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		MARQUE SI - NO - NA SEGUN CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amarró 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-080	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
				Versión: 002	
5.	Siempre desecha 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 guardín 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 ornatos 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		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>Hechileu B</i>	<i>MD</i>	<i>Quanillo</i>	<i>Milenal</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

29-07/20


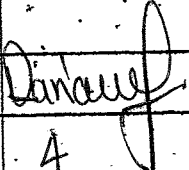
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-080
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020
		Versión: 002
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:	Silvia Carrasquilla	
CARGO:	Enfermera	
FECHA DE INSPECCION:	29-07-2020	
SERVICIO:	clínica	
TORNO:	M _____ T _____ N <input checked="" type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:		
TRABAJADORES OBSERVADOS:	Trabajador No 1 Dere Huidob	Trabajador No 2 Eliam Sanchez
	Trabajador No 3 Kenny Rara	Trabajador No 4 Cruz Cordoba
Uso de Elementos de Protección Personal Cumplimiento		
CRITERIOS DE CALIFICACION:	C: CUMPLE	NO: NO CUMPLE
	NT: NO TIENE	NA: NO APLICA
1	Gorro	C
2	Gafas de Seguridad	C
3	Carota y/o Visor	NA
4	Mascarilla Convencional	NA
5	Respirador N 95	NA
6	Guantes	C
7	Bata Antibulor	NA
8	Protector Auditivo	NA
9	Delantal Plástico	NA
10	Delantal en PVC	NA
11	Botas	NA
12	Traje Especial	
13	Otro ()	
Estandar No. Uno del Elemento de Protección Personal		
CRITERIOS DE CALIFICACION:	SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION	
1	Elemento dañado	
2	No Disponible	
3	Olvido	
4	Desconoce Estándar	
5	Otras Observaciones:	
Estándares a evaluar		
CRITERIOS DE CALIFICACION:	MARQUE SI NO NA SEGUN CASO	
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amailla lavado de manos.	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	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

 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 ornatos 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		Juanes +1	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen / Total Trabajadores Observados * 100					


Jul - 20 - 2020		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:		FRANCISCO RIVERA C.			
CARGO:		GERENTE			
FECHA DE INSPECCIÓN:		Jul - 20 - 2020			
SERVIDOR:		CIATARR			
HORARIO:		M _____ T _____ N <input checked="" type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Diana Trechez	Hilda Paredes	Diana Peña	Mª Carmen
Base de Elementos de Protección Personal Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NO: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	SV	SV	SV	SV
2	Gafas de Seguridad	SV	SV	SV	SV
3	Careta y/o Visor	SV	NA	SV	NA
4	Mascarilla Convencional	SV	SV	SV	SV
5	Respirador N 95	SV	NA	SV	NA
6	Guantas	SV	SV	SV	SV
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()				
Base de Elementos de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvído				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE: NO: NO SE APLICA					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SV	SV	SV	SV
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SV	SV	SV	SV
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SV	SV	SV	SV
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.	SV	SV	SV	SV

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-080
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abr/2020 Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al finalizar el procedimiento, concentrado, evitando reinsertar agujas y doblar o partir cuchillas.	SV	SV	SV	SV
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SV	SV	SV	SV
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SV	SV	SV	SV
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SV	SV	SV	SV
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, en oficinas y con suela antideslizante.	SV	SV	SV	SV
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SV	SV	SV	SV
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		Vina T	Neirac	Dora P	Opur
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen / Total Trabajadores Observados * 100		100%			


CLINICA 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: <u>Jenny Panto</u>				
CARGO: <u>Tempesta Respira</u>				
FECHA DE INSPECCION: <u>28-03-2020</u>				
SERVIDOR: <u>CIAMAR</u>				
DURACION: <u>M</u> <u>X</u> <u>T</u> <u>X</u> <u>N</u>				
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 <u>Daniela Marquez</u>	Trabajador No 2 <u>Silvia Quinayas</u>	Trabajador No 3 <u>Omaira Burgos</u>	
			Trabajador No 4 <u>Irene Hidalgo</u>	
Unidad de Elementos de Protección Personal Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACION: C: CUMPLE NO: 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	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95	C	NT	NT
6	Guantes	C	C	C
7	Bata Antibullos	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C
9	Defensor Plástico	C	C	C
10	Defensor en PVC	C	C	C
11	Botas	C	C	C
12	Tela Especial	C	C	C
13	Otro ()	C	C	C
Excepciones de Elementos de Protección Personal				
CRITERIOS DE CALIFICACION: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible			
3	Olvido			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACION: MARQUE SI, NO, NA SEGUN 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-080
Formato: Lista de Verificación adherente al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002
5.	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al finalizar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
6.	Verifica el estado del guardán 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 ornatos 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					
FIRMA DEL COLABORADOR		 Daniela			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


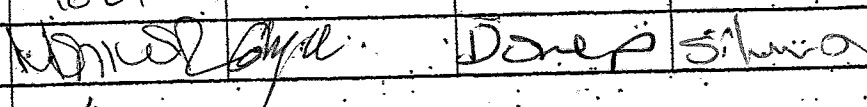
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020		
Versión: 002				
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <u>Valentina Cruz</u>				
CARGO: <u>Enfermera</u>				
FECHA DE INSPECCIÓN: <u>VII-27-2020</u>				
SERVIDOR: <u>Cruz</u>				
TURNOS: M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>				
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 <u>Cruz</u>	Trabajador No 2 <u>Valentina</u>	Trabajador No 3 <u>F/so</u>	
	Trabajador No 4 <u>Alisa</u>			
Uso de Elementos de Protección Personal Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NO: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C
3	Carota y/o Visor	NT	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95	NT	NT	NT
6	Guantes	C	C	C
7	Bata Antiflujo	C	C	C
8	Protector Auditivo	NT	NT	NT
9	Delantal Plástico	C	C	C
10	Delantal en PVC	C	C	C
11	Botas	C	C	C
12	Tapa Especial	C	C	C
13	Otro ()	C	C	C
Uso de Elementos de Protección Personal Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: S: SEÑALA CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento definido			
2	No Disponible			
3	Oviedo			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI, NO, NA SEGÚN CASO				
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amarra 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] uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abr/2020 Versión: 002
6.	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
8.	Verifica el estado del guardán 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 cráteres 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.					
FIRMA DEL COLABORADOR		x ovr Valverde Cha.			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


Jul-27-2020		CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-030	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abr/2020	
				Versión: 002	
NOMBRE DEL QUEEN INSPECCIONA:		Ana Milena Leiva			
CARGO:		ANALISTA			
FECHA DE INSPECCION:		JUL-27			
SERVIDOR:		CIATRAK			
TURNO:		M <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Hada Ramirez	Diana Tachez	M ^a del Carmen	Mary Beth
Uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
CRITERIOS DE CALIFICACION: C: CUMPLE NO: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	SV	SV	NA	SV
2	Gafas de Seguridad	SV	SV	SV	SV
3	Careta y/o Visor	NA	SV	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	SV	SV	SV	SV
5	Respirador N 95	NA	SV	NA	NA
6	Guantas	SV	SV	SV	SV
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()				
Estandares de Evaluación de Elementos de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACION: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION					
1	Elemento definido				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estandares a evaluar					
CRITERIO DE CALIFICACION: MARQUE CON (X) SEGUN CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SV	SV	SV	SV
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SV	SV	SV	SV
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SV	SV	SV	SV
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.	SV	SV	SV	SV

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-080
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abr/2020 Versión: 002
5.	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al finalizar 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 desecho 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>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%			

CLINICA 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:		Luz Irene Hodely			
CARGO:		Enfermero			
FECHA DE INSPECCION:		26-04-20			
SERVICIO:		CLINICA			
HORARIO:		M T N X			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Monica Rico	Gladys Coello	Dora Perez	Silvia Gonzalez
Desarrollo de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
CRITERIOS DE CALIFICACION: C: CUMPLE NO: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	NA	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	NA	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	NA	C	NA
4	Mascarilla Convencional	C	NA	NA	C
5	Respirador N 95	NT	C	C	NA
6	Gautes	C	C	C	C
7	Bata Antibuldo	NA	NA	C	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plastico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Tiña Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()				
Procedimiento de Elementos de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACION: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACION: MARQUEB: NO: NA: SEÑALE 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 al 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


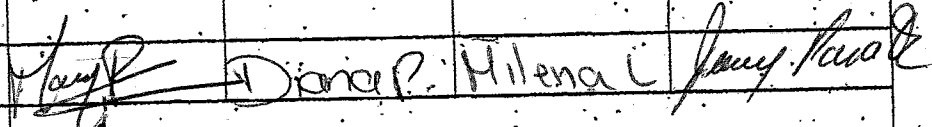
 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002
5.	Siempre desecha los cortapuntas inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI
6.	Verifica el estado del guardín 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 ornatos 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					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4/4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen / Total Trabajadores Observados * 100		100%			

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020. Versión: 002			
Formato: Lista de Verificación adhiriendo al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <u>Valeria Bara</u>					
CARGO: <u>Gerente</u>					
FECHA DE INSPECCIÓN: <u>08/04/2020</u>					
SERVICIO: <u>Centro</u>					
HORARIO: H <u>12</u> T <u>1</u> N <u>1</u>					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1 <u>Cruz</u>	Trabajador No 2 <u>Valentina</u>		
		Trabajador No 3 <u>Elsa</u>	Trabajador No 4 <u>Alejo</u>		
Uso de Elementos de Protección Personal y Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NO: 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	NT	NT	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N95	NT	NT	NT	NT
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NT	NT	NT	NT
8	Protector Auditivo	NT	NT	NT	NT
9	Delantal Plástico	NT	NT	NT	NT
10	Delantal en PVC	NT	NT	NT	NT
11	Botas	NT	NT	NT	NT
12	Tela Especial	NT	NT	NT	NT
13	Otro ()	NT	NT	NT	NT
Reservado para el uso de Elementos de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SERALE CON UNA (X) SEGUN OPCION					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO, NA SEGUN CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiéptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta al 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-080
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.	Sí	Sí	Sí	Sí
6	Verifica el estado del guardán antes de su uso.	Sí	Sí	Sí	Sí
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Sí	Sí	Sí	Sí
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Sí	Sí	Sí	Sí
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornitos y con suela antideslizante.	Sí	Sí	Sí	Sí
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Sí	Sí	Sí	Sí
TOTAL ITEMS OBSERVADOS					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>*AUZ</i>	<i>Valencia</i>	<i>Elia</i>	<i>Gloria</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

25-07-2020


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/Abr/2020 Versión: 002			
NOMBRE DEL QUE INSPECCIONA		Jenny Pantoja			
CARGO		Técnica de Respiratorio			
FECHA DE INSPECCIÓN		25-07-2020			
SERVIDOR		QISMAR			
DÍA		M _____ T _____ N <u>X</u>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 Harry Rocha	Trabajador No 2 Diana Pena	Trabajador No 3 Milena Lerna	Trabajador No 4 Jenny Pantoja
Criterios de Calificación: C: CUMPLE NO: 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	NA	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	NA	C	C	NA
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antibullos	NA	NA	C	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()				
Criterios de Calificación: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
Criterios de Calificación: MARCHE SI - NO - NA - SIN OBSERVAR					
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 al 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-080
Formato: Lista de Verificación adherente al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002
6	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
8	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 crudos 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.					
FIRMA DEL COLABORADOR					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

CLINICA 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:		Luz Irene Hdez			
CARGO:		Enfermera			
FECHA DE INSPECCION:		25-VII-20			
SERVICIO:		Clínica			
HORARIO:		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1 <i>Unip</i>	Trabajador No 2 <i>Damp</i>	Trabajador No 3 <i>Glady Castillo</i>	Trabajador No 4 <i>Shua</i>
Des de Elementos de Protección Personal Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACION:		CUMPLE	NO CUMPLE	NT: NO TIENE	NA: NO APLICA
1	Gorro	NA	NA	C	S
2	Gafas de Seguridad	NA	SI	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	NA	C	NA
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	C
5	Respirador N 95	NA	SI	C	NA
6	Guantes	NA	V	C	C
7	Bata Antifujo	NA	NO	C	NO
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NO
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NO
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NO
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()	NA	NA	NA	NA
Rótulos de No Uso de Elementos de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACION:		SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvído				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACION:		MARQUE SI, NO, NA SEGUN CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	NA	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta al final del mismo.	NA	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	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.	NA	SI	SI	SI

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-080
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abr/2020 Versión: 002
5.	Siempre desinfecta los cortapuntas inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reanestasiar aguja y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI
6.	Verifica el estado del guardán 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 cruceos 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 ÍTEMOS OBSERVADOS		20	20	20	20
TOTAL ÍTEMOS QUE CUMPLEN		20	20	20	20
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO.		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Alfonso	Doris	Gladyce	Silvia
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen / Total Trabajadores Observados * 100					

24 JUL 2020		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		Joheluis B. A.			
CARGO		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN		11-04			
SERVICIO		Cura Ma			
TORNOS		M _____ T _____ N <input checked="" type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 Valentino	Trabajador No 2 Diana	Trabajador No 3 Cruz	Trabajador No 4 Hado
Uso de Elementos de Protección Personal Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	Si	Si	Si	Si
2	Gafas de Seguridad	Si	Si	Si	Si
3	Careta y/o Visor	NT	NT	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	Si	Si	Si	Si
5	Respirador N 95	NC	NC	NC	NC
6	Guantes	Si	Si	Si	Si
7	Bata Antifluidos	Si	Si	Si	Si
8	Protector Auditivo	Si	Si	Si	Si
9	Delantal Plástico	Si	Si	Si	Si
10	Delantal en PVC	Si	Si	Si	Si
11	Botas	Si	Si	Si	Si
12	Traje Especial	Si	Si	Si	Si
13	Otro ()	Si	Si	Si	Si
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	Olvído				
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					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
FIRMA DEL COLABORADOR		Valentina	Dora P.	AMU2	Amu2
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					