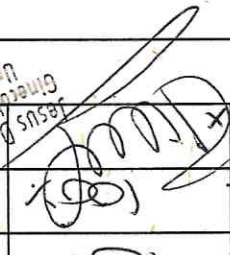


Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/ABR/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Ana Jureta Riquelme			
CARGO Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN 07/11/20			
SERVICIO PEDIATRIA			
TURNO M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO M			
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Angel Rivas Trabajador No 2: Adrian Lorena Trabajador No 3: Juliet Riquelme Trabajador No 4: Angel Riquelme			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Carera y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C
8	Protector Auditivo	C	C
9	Delantal Plastico	C	C
10	Delantal en PVC	C	C
11	Botas	C	C
12	Traje Especial	C	C
13	Otro ()	C	C
Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal Señale con una X según opción			
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 MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amente lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, Aislamiento Respiratorio por aerosoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
5	Siempre descarta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando recontaminar agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	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	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza cubreobjetos cerrados, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	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	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR									
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4							
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 x 100 = 100%							

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Elvira Gomez		CARGO Enfermera	
FECHA DE INSPECCIÓN 19/04/2020		SERVICIO Partos	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO M T N X		TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1 Trabajador No 2 Trabajador No 3 Trabajador No 4 Paola Zapato Eubi Aguilar Dr. Bolanos Eriano G.	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA		Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA		Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION		CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO	
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Ovido		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
13	Otro ()		
12	Traje Especial	NA	NA
11	Botas	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA
7	Bata Antibulidos	C	C
6	Gautes	C	C
5	Respirador N 95	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA
3	Careta y/o Visor	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
1	Gorro	C	C

1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antitépica si no amerita 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 por contacto; Bata, guantes, gafas y gorro.	SI

Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
5	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, 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 esencial utiliza cotizado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si
10	El personal esencial 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		 Jesus David Bobadilla Cinesólogo - Bobadilla - Ecografía R.M. 522589			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/Abril/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA una mano pegs manos			
CARGO enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN 10/04/2020			
SERVICIO sala de parto			
TURNO M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO No se			
TRABAJADORES OBSERVADOS			
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
NOVA	Clavella	Dr. Ganga	Dr. Alvarado

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
Estándares a evaluar			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Gautes	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	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ()		

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amenta lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
Versión: 002		Código: SST-FR-090	
Fecha: 8/Abril/2020			
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	NO
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Alcira	Dr. Imael Alberto García C. GINECOLOGO - OBSTETRA U. DEL VALLE M.M. 55334/90
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4	
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.			
Trabajadores que cumplen/Total			

CLÍNICA NUESTRA SERVICIO DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/ABRIL/2020		Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		JUANITO ENRIQUE							
CARGO		ENFERMERA							
FECHA DE INSPECCIÓN		07/04/20							
SERVICIO		LABORATORIO							
TURNO		M							
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		M							
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Rada Zapata Trabajador No 2: Angela Luna Trabajador No 3: Margarita Dela Cruz Trabajador No 4:							
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NG: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA									
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal									
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA OX SEGUN OPCION									
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO									
Estándares a evaluar									
1	Elemento dañado								
2	No Disponible								
3	Olvído								
4	Desconoce Estándar								
5	Otras Observaciones:								
1 Gorro 2 Gafas de Seguridad 3 Careta y/o Visor 4 Mascara Convencional 5 Respirador N 95 6 Guantes 7 Bata Antifluidos 8 Protector Auditivo 9 Delantal Plástico 10 Delantal en PVC 11 Bolas 12 Traje Especial 13 Otro ()									
1 Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amente lavado de manos. 2 Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo. 3 Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames. 4 Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Adentro o por gotas: Mascara quirúrgica, guantes, gafas, protección por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.									

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abri/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad							
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrar, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	El personal asistencial utiliza capazo cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TOTAL ÍTEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10
TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total		4/4 x 100 = 100%					

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Eliana Gomez			
CARGO: Enfermera			
FECHA DE INSPECCION: Julio 19/20			
SERVICIO: RPTC			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: M X T N			
TRABAJADORES OBSERVADOS:			
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
Susana Graza Pabli Aguilar	Dr. Bolano	Eliana Gomez	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	2	3	4
Gorro	C	C	C
Gafas de Seguridad	C	C	C
Carota y/o Visor	C	C	C
Mascarilla Convencional	NA	NA	NA
Respirador N 95	C	C	C
Guantes	C	C	C
Bata Antilíquidos	C	C	C
Protector Auditivo	NA	NA	NA
Delantal Plástico	NA	NA	NA
Delantal en PVC	NA	NA	NA
Botas	NA	NA	NA
Traje Especial	NA	NA	NA
Otro ()			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA OX SEGUN OPCION			
1	2	3	4
Elemento dañado			
No Disponible			
Ovdo			
Desconoce Estándar			
Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	2	3	4
Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI
Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI
Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI
Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aéreo, Aislamiento Respiratorio, Aéreo 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

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020	Version: 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 guantán 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 cobajo 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		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Jesús David Botello Pineda</p> <p>Unidad - Unidad - FUSI</p> <p>R.M. 522589</p> </div> <div> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Unidad - Unidad - FUSI</p> <p>R.M. 522589</p> </div> </div>			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Fecha: 8/ABR/2020		Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <u>Lina María Reyes Mejía</u> CARGO: <u>Enfermera</u> FECHA DE INSPECCIÓN: <u>10/04/2020</u> SERVICIO: <u>5 de 10</u> TURNO: <u>M</u>			
PROCESAMIENTO OBSERVADO:			
TRABAJADORES OBSERVADOS:			
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
Nora E	Claudia B	Guadalupe	Isabella
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	2	3	4
Gorro	C	C	C
Gafas de Seguridad	C	C	C
Careta y/o Visor	C	C	C
Mascarilla Convencional	NA	NA	NA
Respirador N 95	C	C	C
Guantes	C	C	C
Bata Antifluidos	C	C	C
Protector Auditivo	NA	NA	NA
Defensor Plástico	NA	NA	NA
Defensor en PVC	NA	NA	NA
Botas	NA	NA	NA
Traje Especial			
Otro ()			
RAZÓN DE NO USO DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL:			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA OJ SEGÚN OPCIÓN			
1	2	3	4
Elemento dañado			
No Disponible			
Otro			
Defensor Especial			
Otro Observaciones:			
ESTÁNDARES A EVALUAR:			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO			
1	2	3	4
Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no empuja lavado de manos.	SI	SI	SI
Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI
Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas de manipulación de riesgo de derrames.	SI	SI	SI
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, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SENCA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020			
5	Siempre desinfecta los cortapuntas inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando recontaminar 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 el 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					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

























Formato: Lista de Verificación adherencia a uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/Abn/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA CARGO FECHA DE INSPECCIÓN SERVICIO TURNO		TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1 Trabajador No 2 Trabajador No 3 Trabajador No 4	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/CUMPLIMIENTO G: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA		CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: 1 Gorro 2 Gafas de Seguridad 3 Careta y/o Visor 4 Mascara Convencional 5 Respirador N 95 6 Guantes 7 Bata Antifluidos 8 Protector Auditivo 9 Delantal Plástico 10 Delantal en PVC 11 Bolas 12 Traje Especial 13 Otro ()	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: RAZÓN DE NO USO DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL 1 Elemento dañado 2 No Disponible 3 Olvido 4 Desconoce Estándar 5 Otras Observaciones:		CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: ESTÁNDARES A EVALUAR 1 Elemento dañado 2 No Disponible 3 Olvido 4 Desconoce Estándar 5 Otras Observaciones:	
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 amanta lavado de manos. 2 Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo. 3 Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames. 4 Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascara quirúrgica; guantes, gafas, aislamiento Respiratorio por aerosoles; Mascara de alta eficiencia N95, gafas y guantes, aislamiento por contacto; Bata, guantes, gafas y gorro.		1 SI 2 SI 3 SI 4 SI	

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.		Trabajadores que cumplen/Total		Trabajadores Observados	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
FIRMA DEL COLABORADOR		FIRMA DEL COLABORADOR		FIRMA DEL COLABORADOR	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		TOTAL ITEMS OBSERVADOS		TOTAL ITEMS OBSERVADOS	
10	El personal asistencial no utiliza los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	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
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
5	Siempre desinfecta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando reinsertar agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SERENA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002	
Formulario: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: CLAUDE COMEZ			
CARGO: ENFERMERA			
FECHA DE INSPECCIÓN: 11/04/2020			
SERVICIO: LABORATORIO			
TURNO: M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: X			
TRABAJADORES OBSERVADOS:			
Trabajador No 1: CLAUDIA E. BUSONCE		Trabajador No 2: Dr. Roldano Etiano 6	
Trabajador No 3:		Trabajador No 4:	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal:			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA OX SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Oviedo		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
Estándares a evaluar:			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Adecuado o por gotas: Mascareta quirúrgica, guantes, gafas, protección por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020			
5	Siempre descartar los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI
6	Verificar el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes designados 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 con suela antideslizante, calzado cerrado, sin ornatos y	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		10	10	10	10
TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Susana E			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		Elicana G			
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO - No. Trabajadores que cumplieron/Total					

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090																																																					
CLÍNICA NUESTRA SERENA DE LOS REMEDIOS		Versión: 002																																																					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		JULIANA RIVERA SANCHEZ																																																					
CARGO		ENFERMERA																																																					
FECHA DE INSPECCION		07/01/2020																																																					
SERVICIO		PEDIATRIA																																																					
TURNO		M																																																					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		X																																																					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Isobel Pavita, Rodo Zapata, Julián López Trabajador No 2: Trabajador No 3: Trabajador No 4: Jairo López																																																					
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA																																																							
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION																																																							
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Gorro</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Gafas de Seguridad</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Careta y/o Visor</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Mascarilla Convencional</td> <td>NA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Respirador N 95</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Gaules</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Bata Antilíquidos</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Protector Auditivo</td> <td>NA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Delantal Plástico</td> <td>NA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Delantal en PVC</td> <td>NA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Botas</td> <td>NA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Traje Especial</td> <td>NA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>Otro ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				1	Gorro	✓		2	Gafas de Seguridad	✓		3	Careta y/o Visor	✓		4	Mascarilla Convencional	NA		5	Respirador N 95	✓		6	Gaules	✓		7	Bata Antilíquidos	✓		8	Protector Auditivo	NA		9	Delantal Plástico	NA		10	Delantal en PVC	NA		11	Botas	NA		12	Traje Especial	NA		13	Otro ()		
1	Gorro	✓																																																					
2	Gafas de Seguridad	✓																																																					
3	Careta y/o Visor	✓																																																					
4	Mascarilla Convencional	NA																																																					
5	Respirador N 95	✓																																																					
6	Gaules	✓																																																					
7	Bata Antilíquidos	✓																																																					
8	Protector Auditivo	NA																																																					
9	Delantal Plástico	NA																																																					
10	Delantal en PVC	NA																																																					
11	Botas	NA																																																					
12	Traje Especial	NA																																																					
13	Otro ()																																																						
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN 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																																																					
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 por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si																																																					

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
5	Siempre desinfecta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.								
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.								
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.								
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.								
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.								
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.								
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									
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	4								
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN	4								
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100	4/4 x 100 = 100%								

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
Código: SST-FR-090	Fecha: 8/Abril/2020	Version: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA _____ CARGO _____ FECHA DE INSPECCIÓN _____ SERVICIO _____ TURNO _____ PROCEDIMIENTO OBSERVADO _____ TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: <u>Ruby Aguirre</u> Trabajador No 2: <u>María Guadalupe</u> Trabajador No 3: <u>De la Cruz</u> Trabajador No 4: <u>De la Cruz</u>			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gantes	C	C
7	Bata Antibullos	C	C
8	Protector Auditivo	C	C
9	Delantal Plástico	C	C
10	Delantal en PVC	C	C
11	Botas	C	C
12	Traje Especial	C	C
13	Otro ()		
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Oviedo		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
Estándares a evaluar			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amente lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	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, guantes, gafas y gorro.	SI	SI


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

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

Código: SST-FR-090

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/Abil/2020	
Nombre de Quien Inspecciona Lino Wong Koy			
CARGO S. de Prev.			
FECHA DE INSPECCIÓN 22/03/2020			
SERVICIO S. de Prev.			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO M T N			
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Angel Trabajador No 2: Guiana Trabajador No 3: De Boland Trabajador No 4: De Boland			
Uso de Elementos de Protección Personal Cumplimiento CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Guañes	C	C
7	Bata Aviluidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Dental Plástico	C	C
10	Dental en PVC	NA	NA
11	Botas	C	C
12	Traje Especial	C	C
13	Otro ()	C	C
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal: CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA X SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Otro		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
Estándares a evaluar CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amena lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica; guantes; gafas; Aislamiento Respiratorio por aerosoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes; guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.		Trabajadores Observados/Total	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		QUE CUMPLEN	
4		4	
FIRMA DEL COLABORADOR		Buscama	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		90 %	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		9	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	
10	El personal esencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI
9	El personal esencial utiliza calzado cerrado, sin ornificos y con suela antideslizante.	NO	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI
7	Realiza el desecho de residuos adecuadamente en los recipientes designados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI
5	Siempre desecha los corropunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI

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

CLINICA NUESTRA
SERVICIO DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090


Fecha: 8/Abri/2020

Versión: 002


Dr. Sandra Patricia Pérez Hernández
DIRECTORA DE SALUD PÚBLICA
U. Libre de Costa Rica
Tel: 2222-7993

Dr. Luis David Rodríguez
Ginecóloga y Obstetra
U. Libre de Costa Rica
Tel: 2222-7993

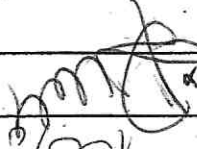
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abri/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad							
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <u>Julia Rostro</u>							
CARGO: <u>Enfermera</u>							
FECHA DE INSPECCIÓN: <u>07/22/20</u>							
SERVICIO: <u>Paros</u>							
TURNO: <u>M</u>							
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: <u>N</u>							
TRABAJADORES OBSERVADOS:							
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3		Trabajador No 4	
Olivia Zúiga		Isabel Reilly		Thon P. Olivero			
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	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antibulidos	C	C	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C	C	C	C
9	Delantal Plástico	C	C	C	C	C	C
10	Delantal en PVC	C	C	C	C	C	C
11	Botas	C	C	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C	C	C
13	Otro ()	C	C	C	C	C	C
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	Ovillo						
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	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	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	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		Versión: 002	
Fecha: 8/Abril/2020			
5	Siempre descartar los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornatos y con suela antideslizante.	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		$4/4 \times 100 = 100\%$	

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
CLÍNICA NUESTRA SERENA DE LOS REMEDIOS		Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Diana Gomez			
CARGO Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN 10/04/2020			
SERVICIO Botica			
TURNO M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO T			
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Nori Garzo Trabajador No 2: Polo Lopez Trabajador No 3: Dr. Jairo Trabajador No 4: Elio G			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Gorro		
2	Gafas de Seguridad		
3	Careta y/o Visor		
4	Mascarilla Convencional		
5	Respirador N 95		
6	Gauchos		
7	Bata Antifluidos		
8	Protector Auditivo		
9	Delantal Plástico		
10	Delantal en PVC		
11	Botas		
12	Traje Especial		
13	Otro ()		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO Estándares a evaluar			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	Fecha: 8/Abn/2020	Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	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
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	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
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		 x Noa Espinoza				
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS						
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN						
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Observados*100						

CÓDIGO: SST-FR-090		FECHA: 8/ABRIL/2020		VERSIÓN: 002	
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <u>Una Monja Religiosa</u> CARGO: <u>Enfermera</u> FECHA DE INSPECCIÓN: <u>10/10/2020</u> SERVICIO: <u>U.S. de Parto</u> TURNO: <u>N</u>					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:					
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
Faby		Eviana		Lorely	
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y BIOSSEGURIDAD					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Carota y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA
6	Respirador N 95	C	C	C	C
8	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	Tela Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: RAZÓN DE NO USO DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Otro				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN 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 de desinfección, góles, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por góles; Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, Aislamiento Respiratorio por aerosoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020			
6	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando recontaminar agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI
5	Verifica el estado del guardan 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 ornamentos y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	NO
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	9
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	90%
FIRMA DEL COLABORADOR		 Dr. Aroldo Susana			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					