

24 JUL 2020

CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090


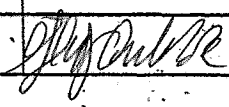
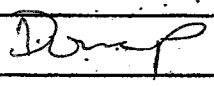
Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002


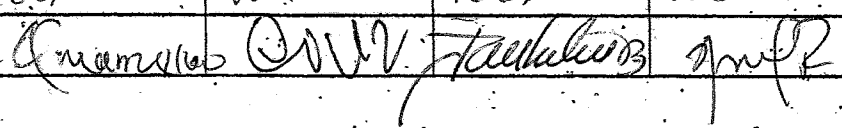
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad


5.	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, 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					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


24-07-2020		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/Abril/2020	
Versión: 002					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Jenny Parra C.			
CARGO		Respiratorio			
FECHA DE INSPECCIÓN		24-07-2020			
SERVICIO		UAMAR			
TURNOS		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Diana Toder Trabajador No 2: Mary Pocha Trabajador No 3: OMaira Burgos Trabajador No 4: Dra Harganita Jaramillo			
Uso de Elementos de Protección Personal Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	NC	NC	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	NA	NA	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	NA	NA	NA
6	Guantes	C	C	C	C
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 ()				
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	Olvido				
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 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.	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			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100			
FIRMA DEL COLABORADOR		Luz Irina Hdez Gloria  Donat 			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


12 3 JUL 2020		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 Hidalgo					
CARGO: Enfermera					
FECHA DE INSPECCION: 08/04/2020					
SERVICIO: clamer					
TURNO: M T N X					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
Trabajador No 4					
Roz: Diana Hidalgo		Alexa Matamoros		Gloria Castillo	
Dora Perez					
Uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
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	NA	NA	NA
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluídos	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 ()				
Razón de No Uso 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 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 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.	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		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


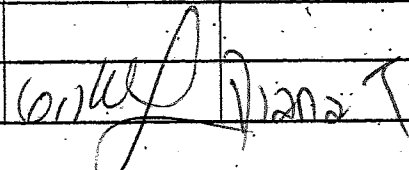
23 JUL 2020  CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <u>Valentina Escobar</u>					
CARGO: <u>Gerente</u>					
FECHA DE INSPECCIÓN: <u>23-Julio</u>					
SERVICIO: <u>CLINICA</u>					
TURNO: M <u>X</u> T <u>X</u> N <u> </u>					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS					
Trabajador No 1		Trabajador No 2			
Trabajador No 3		Trabajador No 4			
Uso de Elementos de Protección Personal Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NG: 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	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	NA	C	C	C
5	Respirador N 95	C	NA	NA	NA
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo				
9	Delantal Plástico				
10	Delantal en PVC				
11	Botas				
12	Treje Especial				
13	Otro ()				
Razón de No Uso de Elementos 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 - NG - 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 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
6.	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando resacapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Sr	Sr	Sr	Sr
8.	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Sr	Sr	Sr	Sr
7.	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Sr	Sr	Sr	Sr
8.	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Sr	Sr	Sr	Sr
9.	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Sr	Sr	Sr	Sr
10.	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Sr	Sr	Sr	Sr
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO.		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Vianey Trochet Milena L. Quirós Mijanguez			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%			


22 - JUL - 2020		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/Abr/2020 Versión: 002	
NOMBRE DE QUEJEN INSPECCIONA		MARY KACNA C			
CARGO		ENFERMERA			
FECHA DE INSPECCION		VII - 22			
SERVIDIO		CIATMAZ			
HORNO		M _____ T _____ N <u>X</u>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 Diana Tachez	Trabajador No 2 Ana Milena	Trabajador No 3 Omaria Bizar	Trabajador No 4 Dra Jaramilla
Evaluación de cumplimiento de Elementos de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		SI CUMPLE	NO: NO CUMPLE	NT: NO TIENE	NA: NO APLICA
1	Gorro	SI	NA	SI	SI
2	Gafas de Seguridad	SI	SI	SI	SI
3	Casco y/o Visor	SI	NA	SI	SI
4	Mascarilla Convencional	SI	NA	SI	NA
5	Respirador N 95	SI	NA	NT	SI
6	Gautes	SI	SI	SI	SI
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	Tijera 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 faltante				
2	No Disponible				
3	Oviedo				
4	Desconoce Estandar				
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 amara 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 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 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 orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10.	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10/0			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100			
FIRMA DEL COLABORADOR		Elisa	Doier	Elidyr	Alexis
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		10/100			


22 JUL 2020		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 Arce					
CARGO: Enfermera					
FECHA DE INSPECCION: 22/07/2020					
SERVICIO: Cirujía					
HORARIO: M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 Elsa Morales	Trabajador No 2 Dora Peña	Trabajador No 3 Gladys Castillo	Trabajador No 4 Alexa Marín
Uso de Elementos de Protección Personal Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NO: 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	NA	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	NA	NA	NA	NA
6	Guantes	C	C	C	C
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	Tijera Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()				
Razón de No Uso de Elemento 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 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	✓
6.	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	✓
7.	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	✓
8.	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	✓
9.	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornitos y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	✓
10.	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	✓
TOTAL ITEMS OBSERVADOS					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
FIRMA DEL COLABORADOR		Milena L. Valenzuela 			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

22-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		Jedilma Bara			
CARGO		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN		VII-21-2020			
SERVICIO		Camar			
TURNOS		M _____ T _____ N <input checked="" type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Milena	Valentina	Darwin	Rina T.
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	NC	NC	NC	NC
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	NC	NC	NC	NC
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	—	—	—	—
8	Protector Auditivo	—	—	—	—
9	Delantal Plástico	—	—	—	—
10	Delantal en PVC	—	—	—	—
11	Botas	—	—	—	—
12	Traje Especial	—	—	—	—
13	Otro ()	—	—	—	—
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	✓
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 adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abr/2020	
				Versión: 002	
5.	Siempre descarta los cortapuntas inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reinsertar agujas y doblar o partir cuchillas.	Sr	Sr	Sr	Sr
6.	Verifica el estado del guardán antes de su uso.	Sr	Sr	Sr	Sr
7.	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Sr	Sr	Sr	Sr
8.	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Sr	Sr	Sr	Sr
9.	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Sr	Sr	Sr	Sr
10.	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Sr	Sr	Sr	Sr
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Angie Ace	Yvonne R	Diana T	Diana D
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%			


21-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:		Gladys Cortijo			
CARGO:		AUTÓLOGO			
FECHA DE INSPECCIÓN:		11-21			
SERVIDOR:		CIATRA			
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
		Angie Arce	Mary Rocha	Diana Trehoz	Diana P
Evaluación de cumplimiento de Elementos de Protección Personal					
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	NA	NA	SV	SV
4	Mascarilla Convencional	SV	SV	SV	SV
5	Respirador N 95	NA	NA	SV	SV
6	Guantes	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 ()				
Procedimiento de uso de Elementos 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 CON (X) 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.	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/Abril/2020 Versión: 002
5.	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	C	C	C	C
6.	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	C	C	C	C
7.	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	C	C	C	C
8.	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9.	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10.	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
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					


20 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:		G. J. J. J. J.			
CARGO:		G. J. J. J. J.			
FECHA DE INSPECCIÓN:		Julio 20-2020			
SERVIDOR:		Clínica			
HORARIO:		M. T. N. X			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1 Trabajador No 2 Trabajador No 3 Trabajador No 4			
Uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	NA	NA
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	NA	NA	NA
6	Guantes	C	C	C	C
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 ()				
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	Olvído				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUEB: NC- 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.	C	C	C	C
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta al 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

CUNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherente al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002
5.	Siempre desecha los cortopunturas 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		Valentín E. Hernández, Diana P. Dávila P.			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

20 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:		Jenny Jimena Pano			
CARGO:		T-2			
FECHA DE INSPECCIÓN:		20-03-2020			
SERVICIO:		CIAMA 2			
TURNO:		M <u>X</u> T <u>X</u> N <u> </u>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1 Valentina Escobar	Trabajador No 2 Jaeline Barco	Trabajador No 3 Diana Peno	Trabajador No 4 Dora
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	NA	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	NA	NA	NA	NA
6	Guantes	C	C	C	C
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 ()	NA	NA	NA	NA
Razón de No Uso de Elementos de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		SEÑALE CON UNA (X) SEGUN 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 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	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
Formador: Lista de Verificación adherencia 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.	✓	✓	✓	✓
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 ornatos 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
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Milena L. Alex H. Quintero / J. A. Troch			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO (No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados)*100					

19 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		Milena Lerma			
CARGO		Auxiliar de enfermería			
FECHA DE INSPECCIÓN		19-Julio-2020			
SERVICIO		CIAMARA			
TURNO		M _____ T _____ N <u>X</u>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Milena Lerma	Alexa Maturin	Omaira Burgos	Diana Trochez
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	NA	NA	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	NA	NA	NA
6	Gantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	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 ()				
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	Olvido				
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.	✓	✓	✓	✓
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: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	✓	✓	✓	✓

 UNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-080
Formulario: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 9/Abr/2020
					Versión: 002
6	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando recapsular 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 calzados cerrado, sin onicof 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.		Silvio Arayon			
FIRMA DEL COLABORADOR		Silvia Dmy, Diana Pérez CrUZ			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4/4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO (No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados)*100		100%			

19 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:		Luz Irene Aidalis			
CARGO:		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN:					
SERVICIO:		Clamar			
TURNO:		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
		Silvio Arango	Silvia Quintero	Diana Perez	Cruz Gracia C.
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	NA	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	NA	NA	NA
6	Guantes	C	C	C	C
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 ()				
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	Olvido				
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 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

6.	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando recapitular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
8.	Verifica el estado del guardafil 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, en 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					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO.					
FIRMA DEL COLABORADOR		Valentina Ruiz Dorado P.			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO (No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100)					

18 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:		Jackeline Barro			
CARGO:		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN:		Jul-18/20			
SERVICIO:		Crianza			
TURNOS:		M _____ T _____ N <input checked="" type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Valentino	Jenny	Dora	Glady
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	NO	SI
2	Gafas de Seguridad	SI	SI	NO	NO
3	Careta y/o Visor	SI	SI	SI	SI
4	Mascarilla Convencional	SI	SI	SI	SI
5	Respirador N 95	NA	NA	NA	NA
6	Gautes	SI	SI	SI	SI
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 ()				
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	Olvido				
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 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



CUNCA 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

6.	Siempre descarta los cortapuntas inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando resaca de agujas y doblar o partir cuchillas.	Sr	Sr	Sr	Sr
8.	Verifica el estado del guardán antes de su uso.	Sr	Sr	Sr	Sr
7.	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Sr	Sr	Sr	Sr
8.	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Sr	Sr	Sr	Sr
9.	El personal asistencial utiliza calzados cerrados, sin ornitos y con suela antideslizante.	Sr	Sr	Sr	Sr
10.	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Sr	Sr	Sr	Sr
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO.		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Diana T	Blanca Diani P		Quenillo
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO (No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100)		100%			

18 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:		Mary Rocha C			
CARGO:		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN:		VII - 18 - 2020			
SERVICIO:		CSA MAR			
TURNO:		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1 Diana Trechez	Trabajador No 2 Alexa Matamoros	Trabajador No 3 Diana Peña	Trabajador No 4 Oscar Borge
Uso de Elementos de Protección Personal Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: 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	NA	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	NA	NA	NA
6	Guantes	C	C	C	C
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 ()				
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	Olvido				
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.	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