

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Nicol Echeverri			
CARGO	Lider Comunicaciones y Bienestar.			
FECHA DE INSPECCIÓN	24/03/2020			
SERVICIO	Sede administrativa			
TURNO	M _____ T _____ N _____			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Amalia Rivera	Trabajador No 2 Angela Hartas	Trabajador No 3 Patricia Gonzalez	
			Trabajador No 4 Viliana Monsalve	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro			
2	Gafas de Seguridad			
3	Careta y/o Visor			
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95			
6	Guantes			
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) 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
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si



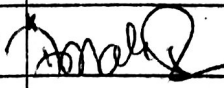
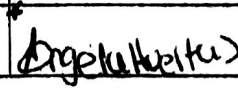
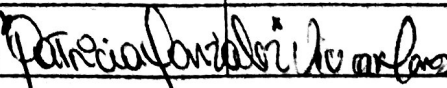
CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS


Código: SST-FR-090

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

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

Control de 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.	NA.	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA.	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA.	NA	NA	NA
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.	NA.	NA	NA	NA
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos, como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	NA.	NA	NA	NA
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		5	5	5	5
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		5.	5	5	5
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					

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación		Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Nikol Echeverry Restrepo
CARGO	líder de comunicaciones
FECHA DE INSPECCIÓN	24-07-20
SERVICIO	Sede Administrativa
TURNOS	M _____ T _____ N _____

PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Juan Daniel Herrera	Trabajador No 2 Paola Andrea Cerezo	Trabajador No 3 Lina M Ramirez	Trabajador No 4 Cristian D. Londoño

Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	NA	NA	NA
2	Gafas de Seguridad	NA	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95	NA	NA	NA
6	Gautes	NA	NA	NA
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA
13	Otro ()			

Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible			
3	Olvido			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			

Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO				

1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	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

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.	NA	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
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.	NA	NA	NA	NA
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos, como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	NA	NA	NA	NA
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		5	5	5	5
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		5	5	5	5
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					