
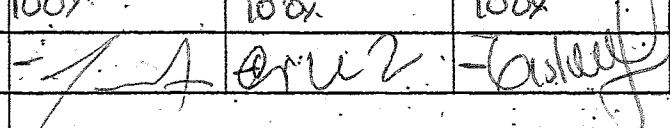


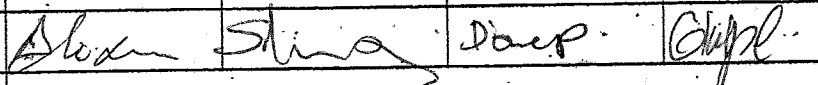



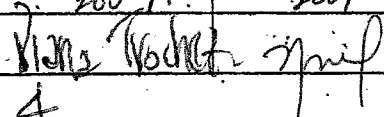
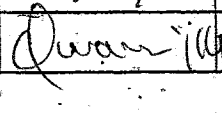
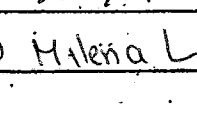
| CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS  |  | Código: SST-FR-090  |                 |                 |    |
|---|--|---------------------|-----------------|-----------------|----|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad |  | Fecha: 8/Abril/2020 |                 |                 |    |
|   |  | Versión: 002        |                 |                 |    |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:  | Valentina E  |                     |                 |                 |    |
| CARGO:  | Enfermera  |                     |                 |                 |    |
| FECHA DE INSPECCIÓN:  | 11/04  |                     |                 |                 |    |
| SERVICIO:   | CIAMAR   |                     |                 |                 |    |
| 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 |    |
|   | Jefe   | Aux 1               | Aux 2           | T.R             |    |
| Uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad  |  |                     |                 |                 |    |
| 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   | NA                  | NA              | NA              | NA |
| 4   | Mascarilla Convencional  | C                   | C               | NA              | C  |
| 5   | Respirador N 95  | NA                  | NA              | C               | NA |
| 6   | Guantes  | C                   | C               | C               | C  |
| 7   | Bata Antifluidos   | NA                  | NA              | C               | NA |
| 8   | Protector Auditivo   | NA                  | NA              | NA              | NA |
| 9   | Delantal Plástico  | NA                  | NA              | NA              | NA |
| 10  | Delantal en PVC  | NA                  | NA              | NA              | NA |
| 11  | Botas  | NA                  | NA              | NA              | NA |
| 12  | Traje Especial   |                     |                 |                 |    |
| 13  | Otro ( )   |                     |                 |                 |    |
| Razón de No Uso de Elementos de Protección Personal   |  |                     |                 |                 |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | SI                  | SI              | SI              | SI |


|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |   |  |      |      | Código: SST-FR-080                  |
|---|---|--|------|------|-------------------------------------|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad                             |   |  |      |      | Fecha: 8/Abril/2020<br>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   |   | 10   | 10   | 10   | 10                                  |
| 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  |   |  |      |      |                                     |


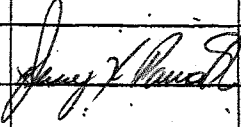
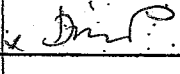
|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |  | Código: SST-FR-090                 |                              |    |
|---|--|------------------------------------|------------------------------|----|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad                             |  | Fecha: 9/Abril/2020                |                              |    |
| Versión: 002  |  |                                    |                              |    |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   | Luz Dero Aldega  |                                    |                              |    |
| CARGO   | Enfermera  |                                    |                              |    |
| FECHA DE INSPECCION   | 11-VII-2020  |                                    |                              |    |
| SERVICIO  | CIATMAE  |                                    |                              |    |
| TURNO   | M _____ T _____ N <input checked="" type="checkbox"/>  |                                    |                              |    |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |  |                                    |                              |    |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   | Trabajador No 1<br>Alexa Raton   | Trabajador No 2<br>Silvia Quintana | Trabajador No 3<br>Dora Peña |    |
|   | Trabajador No 4<br>Gladys Castillo   |                                    |                              |    |
| Uso de Elementos de Protección Personal Cumplimiento  |  |                                    |                              |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA   |  |                                    |                              |    |
| 1   | Gorro  | C                                  | C                            | C  |
| 2   | Gafas de Seguridad   | C                                  | C                            | C  |
| 3   | Careta y/o Visor   | NA                                 | NA                           | NA |
| 4   | Mascarilla Convencional  | C                                  | C                            | NA |
| 5   | Respirador N 95  | NA                                 | NA                           | C  |
| 6   | Guantes  | C                                  | C                            | C  |
| 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 de Elementos 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | SI                                 | SI                           | SI |

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

| CLINICA NUESTRA<br>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 Roda C  |                                  |                                  |    |
| CARGO   | VII-12   |                                  |                                  |    |
| FECHA DE INSPECCION   | C/ANAR   |                                  |                                  |    |
| SERVICIO  | M X T X N  |                                  |                                  |    |
| TURNO   |  |                                  |                                  |    |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |  |                                  |                                  |    |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   | Trabajador No 1<br>Diana Trachez   | Trabajador No 2<br>Hilda Ramirez | Trabajador No 3<br>Omaria Burgos |    |
|   | Trabajador No 4<br>Ana Milena  |                                  |                                  |    |
| Uso de Elementos de Protección Personal Cumplimiento  |  |                                  |                                  |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NO: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA                       |  |                                  |                                  |    |
| 1   | Gorro  | C                                | C                                | NA |
| 2   | Gafas de Seguridad   | C                                | C                                | NA |
| 3   | Carata y/o Visor   | NA                               | NA                               | NA |
| 4   | Mascarilla Convencional  | C                                | C                                | C  |
| 5   | Respirador N 95  | C                                | NA                               | NA |
| 6   | Guantes  | C                                | C                                | C  |
| 7   | Bata Antifúndos  | 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 de Elemento de Protección Personal  |  |                                  |                                  |    |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE 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 |
| 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | SI                               | SI                               | SI |


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

|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |  | <b>Código: SST-FR-090</b><br><b>Fecha: 8/Abril/2020</b><br><b>Versión: 002</b> |  |    |
|---|--|--|--|----|
| <b>Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad</b>                      |  |  |  |    |
| <b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:</b> <u>Edward Andru Arana</u>   |  | <b>CARGO:</b> <u>Enfermero</u>   |  |    |
| <b>FECHA DE INSPECCIÓN:</b> <u>Julio - 13 / 2020</u>  |  | <b>SERVICIO:</b> <u>C.T.A.M.A.R.</u>   |  |    |
| <b>TURNO:</b> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>            |  | <b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO:</b>  |  |    |
| <b>TRABAJADORES OBSERVADOS:</b>   |  | <b>Trabajador No 1</b><br><u>Irene I.</u>                                      | <b>Trabajador No 2</b><br><u>Jenny R.</u>  |    |
|   |  | <b>Trabajador No 3</b><br><u>Ma. Elongada</u>                                  | <b>Trabajador No 4</b><br><u>Dora Peña</u> |    |
| <b>Uso de Elementos de Protección Personal y Cumplimiento</b>   |  |  |  |    |
| <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA</b>  |  |  |  |    |
| 1   | Gorro  |  |  |    |
| 2   | Gafas de Seguridad   |  |  |    |
| 3   | Careta y/o Visor   |  |  |    |
| 4   | Mascarilla Convencional  |  |  |    |
| 5   | Respirador N 95  |  |  |    |
| 6   | Guantes  |  |  |    |
| 7   | Bata Antiflujo   |  |  |    |
| 8   | Protector Auditivo   |  |  |    |
| 9   | Delantal Plástico  |  |  |    |
| 10  | Delantal en PVC  |  |  |    |
| 11  | Botas  |  |  |    |
| 12  | Traje Especial   |  |  |    |
| 13  | Otro ( )   |  |  |    |
| <b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>  |  |  |  |    |
| <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCIÓN</b>   |  |  |  |    |
| 1   | Elemento dañado  |  |  |    |
| 2   | No Disponible  |  |  |    |
| 3   | Olvido   |  |  |    |
| 4   | Desconoce Estándar   |  |  |    |
| 5   | Otras Observaciones:   |  |  |    |
| <b>Estándares a evaluar</b>   |  |  |  |    |
| <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO</b>   |  |  |  |    |
| 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | Si   | Si   | Si |


|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |   |   |    |    | 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.   |   |  |    |    |                     |  |
| FIRMA DEL COLABORADOR   |   |   |    |    |                     |   |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |   |   |    |    |                     |   |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |   |   |    |    |                     |   |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100  |   |   |    |    |                     |   |




| CLINICA NUESTRA<br>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.<br>Versión: 002                  |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   | Diana Isabel Trochez   |   |
| CARGO   | Enfermera  |   |
| FECHA DE INSPECCION   | 13 Julio 2020  |   |
| SERVICIO  | Clamar   |   |
| TURNO   | M T N ✓  |   |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |  |   |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   | Trabajador No 1<br>Milena  | Trabajador No 2<br>Variana<br>Trabajador No 3<br>Hada |
| Uso de Elementos de Protección Personal Cumplimiento  |  |   |
| CRITERIOS DE CALIFICACION: C: CUMPLE NO: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA                       |  |   |
| 1   | Gorro  | SI  |
| 2   | Gafas de Seguridad   | SI  |
| 3   | Careta y/o Visor   | NO  |
| 4   | Mascarilla Convencional  | SI  |
| 5   | Respirador N 95  | NO  |
| 6   | Guantes  | SI  |
| 7   | Bata Antifluidos   | NO  |
| 8   | Protector Auditivo   | NO  |
| 9   | Delantal Plástico  | NO  |
| 10  | Delantal en PVC  | NO  |
| 11  | Botas  | NO  |
| 12  | Traje Especial   | NO  |
| 13  | Otro ( )   | NO  |
| Razón de No Uso de Elemento de Protección Personal  |  |   |
| CRITERIOS DE CALIFICACION: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION  |  |   |
| 1   | Elemento dañado  |   |
| 2   | No Disponible  |   |
| 3   | Ovido  |   |
| 4   | Desconoce Estándar   |   |
| 5   | Otras Observaciones:   |   |
| Estándares a evaluar  |  |   |
| CRITERIOS DE CALIFICACION: 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | SI  |

|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |   |          |         | Código: SST-FR-090  |  |
|---|---|----------|---------|---------------------|--|
| Formato: Lista de Verificación adherenda 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 seco.   | SI       | SI      | SI                  |  |
| 9.  | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornatos 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  |   | 10       | 10      | 10                  |  |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN   |   | 10       | 10      | 10                  |  |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO  |   | 100%     | 100%    | 100%                |  |
| FIRMA DEL COLABORADOR   |   | Milena C | Corishu | mpu                 |  |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |   |          |         |                     |  |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |   |          |         |                     |  |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100  |   |          |         |                     |  |


| CLÍNICA NUESTRA<br>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   |  | Jacqueline Cruz Villegas |                 |                 |                 |
| CARGO   |  | Enfermera                |                 |                 |                 |
| FECHA DE INSPECCIÓN   |  | 11/04/2020               |                 |                 |                 |
| SERVICIO  |  | Cuerpo                   |                 |                 |                 |
| MUNICIPIO   |  | M. T. N. ✓               |                 |                 |                 |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |  |                          |                 |                 |                 |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   |  | Trabajador No 1          | Trabajador No 2 | Trabajador No 3 | Trabajador No 4 |
|   |  | Valentino                | Cruz            | Claudia         | Ange            |
| Uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad  |  |                          |                 |                 |                 |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NG: 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   | No                       | No              | No              | No              |
| 4   | Mascarilla Convencional  | Si                       | Si              | Si              | Si              |
| 5   | Respirador N 95  | Si                       | Si              | Si              | Si              |
| 6   | Gautes   | Si                       | Si              | Si              | Si              |
| 7   | Bata Antifluidos   | Si                       | Si              | No              | No              |
| 8   | Protector Auditivo   | Si                       | Si              | Si              | Si              |
| 9   | Delantal Plástico  | Si                       | Si              | Si              | Si              |
| 10  | Delantal en PVC  | Si                       | Si              | Si              | Si              |
| 11  | Botas  | Si                       | Si              | Si              | Si              |
| 12  | Traje Especial   | Si                       | Si              | Si              | Si              |
| 13  | Otro ( )   |                          |                 |                 |                 |
| Razón de No Uso de Elementos de Protección Personal   |  |                          |                 |                 |                 |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE 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: 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | Si                       | Si              | Si              | Si              |

|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |   |           |    |    | 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 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  |   |           |    |    |                     |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN   |   |           |    |    |                     |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO  |   |           |    |    |                     |
| FIRMA DEL COLABORADOR   |   | Valeria E |    |    |                     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |   |           |    |    |                     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |   |           |    |    |                     |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100  |   |           |    |    |                     |

| CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS  |  | Código: SST-FR-090                  |                 |                 |                 |
|---|--|-------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad |  | Fecha: 8/Abril/2020<br>Versión: 002 |                 |                 |                 |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <u>Silvia Quinteros</u>  |  |                                     |                 |                 |                 |
| CARGO: <u>Enfermera</u>   |  |                                     |                 |                 |                 |
| FECHA DE INSPECCIÓN: <u>20/04/2020</u>  |  |                                     |                 |                 |                 |
| SERVICIO: <u>Clínica</u>  |  |                                     |                 |                 |                 |
| TURNOS: M _____ T _____ N <u>X</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 NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA                       |  |                                     |                 |                 |                 |
| 1   | Gorro  | C                                   | C               | NA              |                 |
| 2   | Gafas de Seguridad   | C                                   | C               | C               |                 |
| 3   | Careta y/o Visor   | NA                                  | NA              | NA              |                 |
| 4   | Mascarilla Convencional  | C                                   | C               | C               |                 |
| 5   | Respirador N 95  | NA                                  | NA              | NA              |                 |
| 6   | Gantes   | C                                   | C               | C               |                 |
| 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.  | C                                   | C               | C               |                 |
| 2   | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.  | C                                   | C               | C               |                 |
| 3   | Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  | C                                   | C               | C               |                 |
| 4   | Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | C                                   | C               | C               |                 |


|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |  |                |                | <b>Código SST-FR-080</b> |   |
|---|--|----------------|----------------|--------------------------|---|
| <b>Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad</b>                      |  |                |                |                          | <b>Fecha: 8/Abril/2020</b><br><b>Versión: 002</b> |
| 5.  | Siempre descarta los cortapuntas inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando resacapsular agujas y doblar o partir cuchillas. | C              | C              | C                        |   |
| 6.  | Verifica el estado del guardán antes de su uso.  | C              | C              | C                        |   |
| 7.  | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.                              | C              | C              | C                        |   |
| 8.  | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.  | C              | C              | C                        |   |
| 9.  | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornatos y con suela antideslizante.   | C              | C              | C                        |   |
| 10.   | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.                         | C              | C              | C                        |   |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS  |  | 10             | 10             | 10                       |   |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN   |  | 10             | 10             | 10                       |   |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO.   |  | 100%           | 100%           | 100%                     |   |
| FIRMA DEL COLABORADOR   |  | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i>           |   |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |  | 3              |                |                          |   |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |  | 3              |                |                          |   |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO (No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados)*100  |  |                |                |                          |   |

| CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS  |  | Código: SST-FR-090  |                 |                 |    |
|---|--|---------------------|-----------------|-----------------|----|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad |  | Fecha: 8/Abril/2020 |                 |                 |    |
| Versión: 002  |  |                     |                 |                 |    |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   | May Roca C.  |                     |                 |                 |    |
| CARGO   | Enfermera  |                     |                 |                 |    |
| FECHA DE INSPECCIÓN   | Jul-15-2020  |                     |                 |                 |    |
| SERVICIO  | ESATMAR  |                     |                 |                 |    |
| 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 |    |
|   | Irene Hidalgo  | Claudia Martinez    | Elsa Morales    | Ortiz Cordoba   |    |
| 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              | NA              | NA |
| 2   | Gafas de Seguridad   | SV                  | SV              | SV              | SV |
| 3   | Careta y/o Visor   | NA                  | NA              | NA              | NA |
| 4   | Mascarilla Convencional  | SV                  | SV              | SV              | SV |
| 5   | Respirador N 95  | NA                  | NA              | NA              | NA |
| 6   | Guañtes  | 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 ( )   |                     |                 |                 |    |
| 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.  | 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | SV                  | SV              | SV              | SV |


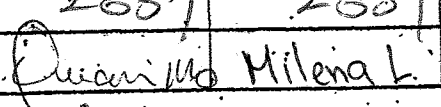
|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |  |                |                  |                | Código: SST-FR-080  |
|---|--|----------------|------------------|----------------|---------------------|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad                             |  |                |                  |                | Fecha: 8/Abril/2020 |
|   |  |                |                  |                | Versión: 002        |
| 5.  | Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando resaca pulsar agujas y doblar o partir cuchillas. | SV             | SV               | SV             | SV                  |
| 6.  | Verifica el estado del guardán antes de su uso.  | SV             | SV               | SV             | SV                  |
| 7.  | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.                                  | SV             | SV               | SV             | SV                  |
| 8.  | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y uso.   | SV             | SV               | SV             | SV                  |
| 9.  | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornatos y con suela antideslizante.   | SV             | SV               | SV             | SV                  |
| 10.   | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.                             | SV             | SV               | SV             | SV                  |
| TOTAL ÍTEMOS OBSERVADOS   |  | 10             | 10               | 10             | 10                  |
| TOTAL ÍTEMOS QUE CUMPLEN  |  | 10             | 10               | 10             | 10                  |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO.   |  | 100%           | 100%             | 100%           | 100%                |
| FIRMA DEL OBSERVADOR  |  | <i>[Firma]</i> | Claudia MONOZ A. | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i>      |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |  | 4              |                  |                |                     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |  | 4              |                  |                |                     |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO (No. Trabajadores que cumplen / Total Trabajadores Observados * 100)                                      |  | 100%           |                  |                |                     |



| CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS  |  | Código: SST-FR-090 |                 |                 |                 |
|---|--|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad |  |                    |                 |                 |                 |
| Fecha: 8/Abril/2020   |  | Versión: 002       |                 |                 |                 |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <u>Valeria S. Roba</u>   |  |                    |                 |                 |                 |
| CARGO: <u>Enfermera</u>   |  |                    |                 |                 |                 |
| FECHA DE INSPECCIÓN: <u>15/03</u>   |  |                    |                 |                 |                 |
| SERVICIO: <u>CIAMAR</u>   |  |                    |                 |                 |                 |
| TURNOS: M <u>      </u> T <u>      </u> N <u>X</u>  |  |                    |                 |                 |                 |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |  |                    |                 |                 |                 |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   |  | Trabajador No 1    | Trabajador No 2 | Trabajador No 3 | Trabajador No 4 |
|   |  | <u>Jackeline</u>   | <u>Aux 1</u>    | <u>Aux 2</u>    | <u>TR</u>       |
| 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               | NC              | C               |
| 5   | Respirador N 95  | NA                 | NA              | C               | NA              |
| 6   | Gantes   | C                  | C               | C               | C               |
| 7   | Bata Antifluidos   | NA                 | NA              | NA              | NA              |
| 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              | 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | Si                 | Si              | Si              | Si              |

|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |  |   |    |    | Código: SST-FR-090 |
|---|--|---|----|----|--------------------|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad                             |  |   |    |    | Fecha: 6/Abr/2020  |
|   |  |   |    |    | Versión: 002       |
| 6   | Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando resacastrar agujas y doblar o partir cuchillas. | SI  | SI | SI | SI                 |
| 7   | Verifica el estado del guardián antes de su uso.   | SI  | SI | SI | SI                 |
| 8   | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.                                | SI  | SI | SI | SI                 |
| 9   | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.  | SI  | SI | SI | SI                 |
| 10  | El personal asistencial utiliza calzados cerrados, sin onicofor y con suela antideslizante.  | SI  | SI | SI | SI                 |
| 11  | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.                           | SI  | SI | SI | SI                 |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS  |  | <i>Techitona</i> Dariana, Diana Peña, Alex R. |    |    |                    |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN   |  |   |    |    |                    |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO.   |  |   |    |    |                    |
| FIRMA DEL COLABORADOR   |  |   |    |    |                    |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |  |   |    |    |                    |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |  |   |    |    |                    |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO (No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100)  |  |   |    |    |                    |

| CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS  |  | Código: SST-FR-090  |                 |                 |    |
|---|--|---------------------|-----------------|-----------------|----|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad |  | Fecha: 8/Abril/2020 |                 |                 |    |
| Versión: 002  |  |                     |                 |                 |    |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   | Sra. J. J. J. J. J.  |                     |                 |                 |    |
| CARGO   | Enfermera  |                     |                 |                 |    |
| FECHA DE INSPECCIÓN   | 16-04-2020   |                     |                 |                 |    |
| SERVICIO  | El amor  |                     |                 |                 |    |
| TURNO   | M <u>  </u> T <u>  </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 NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA                       |  |                     |                 |                 |    |
| 1   | Gorro  | NA                  | NA              | 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 ( )   |                     |                 |                 |    |
| 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.  | C                   | C               | C               | C  |
| 2   | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.  | C                   | C               | C               | C  |
| 3   | Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  | C                   | C               | C               | C  |
| 4   | Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | C                   | C               | C               | C  |

|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |   |  |      |      | Código: SST-FR-080                |
|---|---|--|------|------|-----------------------------------|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad                             |   |  |      |      | Fecha: 8/Abr/2020<br>Versión: 002 |
| 5   | Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas. | C  | C    | C    | C                                 |
| 6   | Verifica el estado del guardán 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 ornatos 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   |   |  |      |      |                                   |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |   | 4  |      |      |                                   |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |   | 4  |      |      |                                   |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO (No. Trabajadores que cumplen/Total)  |   |  |      |      |                                   |