

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
Nombre de Quien Inspecciona		Fecha: 8/Abril/2020			
Cargo		Versión: 002			
Fecha de Inspección					
Servicio					
Turno					
Procedimiento Observado					
Trabajadores Observados					
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
Trabajador No 4		Trabajador No 5		Trabajador No 6	
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	Caretá y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	C	C	C	C
10	Delantal en PVC	C	C	C	C
11	Botas	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C
13	Otro ( )	C	C	C	C
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	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





CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

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

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios, y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	No	No	No	No
TOTAL ÍTEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
FIRMA DEL COLABORADOR					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4 Auxiliares de enfermería			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4 auxiliares de enfermería			
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	Natalia			
CARGO	Enfermero			
FECHA DE INSPECCIÓN	13/04/20			
SERVICIO	7P			
TURNO	M Claudia	T Lorent	N Mónica Eug	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO	Hector			
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Claudia	Trabajador No 2 Lorent	Trabajador No 3 Mónica Eug	
			Trabajador No 4 Hector	
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	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Guantes	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C
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 ( )	NA	NA	NA
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-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.	NO	NO	NO	NO
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
FIRMA DEL COLABORADOR		Claudimir Lorente	Mr. Eug.	H. G. B. R.	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4 auxiliares de Enfermería			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4 auxiliares de Enfermería			
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	Karen Escobar			
CARGO	Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN	14-7-2020			
SERVICIO	7 PM			
TURNO	M	X	T	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Wilson	Trabajador No 2 Jesmin	Trabajador No 3 YHR	
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	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Gautes	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C
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
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

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.	NO	NO	NO	NO
TOTAL ÍTEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
FIRMA DEL COLABORADOR		Jarmin	Wilson	Yur	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		3 Aux Enf			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		3 Aux Enf			
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	ROBERTO ENRIQUE			
CARGO	EJECUTIVO			
FECHA DE INSPECCIÓN	12/04/2020			
SERVICIO	TR. P. 100			
TURNOS	M Julia	T Fatmin	N Viviana	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Julia	Trabajador No 2 Fatmin	Trabajador No 3 Viviana	
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	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Guantes	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C
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 ( )	NA	NA	NA
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-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 orificios 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.	NO	NO	NO	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
FIRMA DEL COLABORADOR		Jolia P. Jamín	Viliana.		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		3 auxiliares de Enfermería.			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		3 auxiliares de Enfermería.			
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					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Fecha: 8/Abril/2020			
CARGO		Versión: 002			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO					
TURNO					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Emir	Loreath	Laura	Hector
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	Caretá y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	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





CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

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

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002


5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del 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.	NO	NO	NO	NO
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
FIRMA DEL COLABORADOR		Emir	Lorenth	Luisa	Hocherfl
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4 auxiliares de Enfermería			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4 auxiliares de Enfermería			
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				
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Fecha: 8/Abril/2020			
CARGO	Versión: 002			
FECHA DE INSPECCIÓN				
SERVICIO				
TURNOS	M	T	N	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
	Olinda	Mayana	Mayana	Olinda
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	C	C	C	C
4 Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5 Respirador N 95	C	C	C	C
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 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	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



Olinda, Dayana, Viviana, Athora 10/07

 <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.	NO	NO	NO	NO
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
FIRMA DEL COLABORADOR		Olinda	Dayana	Viviana	Athora
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					