

 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		CARGO	
FECHA DE INSPECCIÓN		SERVICIO	
TURNO		M	T
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
2	Gafas de Seguridad	C	NC
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	C	C
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	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	X	
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
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	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.	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					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100.					

Fecha: 12/junio/2020
Versión: 001

FECHA DE ENTREGA														NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A													
18	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	Tanad.	
18	08	20	Si	Si	Si	Si	Si	Si	-	Si	Si	Si	Si	[Firma]	
18	08	20	Si	Si	Si	Si	Si	Si	-	Si	Si	Si	Si	[Firma]	
14	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	Lorena	
14	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	Janylo	
14	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	Celvin	
14	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	Orw	
14	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	Tanad.	
14	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	Striden	
14	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	Namirah	
14	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	Stilet	
20	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	Vany	
20	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	[Firma]	
20	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	Patricia	
20	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	Janylo	
20	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	[Firma]	
20	08	20	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	Si	Si	Si	Si	[Firma]	

Me comprometo a utilizar los elementos de protección que me han sido suministrados para el desempeño de mis funciones y actividades dentro del área de trabajo. He sido instruido sobre la manera correcta de su uso y mantenimiento, igualmente me comprometo a mantenerlos en buen estado y reportar cualquier anomalía al jefe inmediato, para su reposición.

Fecha: 12/Junio/2020
Versión: 001

[illegible]



CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-047

Formato: Entrega de Elementos de Protección Personal

Fecha: 17/Junio/2014

Me comprometo a utilizar los elementos de protección que me han sido suministrados para el desempeño de mis funciones y actividades dentro del área de trabajo. He sido instruido sobre la manera correcta de su uso y mantenimiento; igualmente me comprometo a mantenerlos en buen estado y reportar cualquier anomalía al jefe inmediato, para su reposición.

FECHA DE ENTREGA			NOMBRE TRABAJADOR	AREA	NOMBRE DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	CANTIDAD	FIRMA
D	M	A					
13	08	2020	Dra. Lucero Trujillo	STO PISO	Mascaras N.95	1	<i>[Signature]</i>
18	08	2020	Dra. Hilda Zabal	5to PISO	Mascaras N.95	1	<i>[Signature]</i>
18	08	2020	Nathally Sherrin Cao	5to PISO	Mascaras N.95	2	<i>[Signature]</i>
19	08	2020	Dr. Corone	5to PISO	Mascaras N.95	1	<i>[Signature]</i>
19	08	2020	Glenn Gine	5to PISO	Mascaras N.95	1	<i>[Signature]</i>
20	08	2020	Adriana Tancu	STO PISO	Mascaras N.95	1	<i>[Signature]</i>
20	08	2020	Tania Orango	STO PISO	Mascaras N.95	1	<i>[Signature]</i>
20	08	2020	Jae Karen Moya	STO PISO	Mascaras N.95	1	<i>[Signature]</i>
20	08	2020	Jenny Gomez	STO PISO	Mascaras N.95	1	<i>[Signature]</i>
20	08	2020	Leidy M. Durado	5to PISO	Mascaras N.95	1	<i>[Signature]</i>
20	08	2020	Yamileth majia	5to PISO	Mascaras N.95	1	<i>[Signature]</i>
20	08	2020	Jean Carlos Villalobos	5to PISO	Mascaras N.95	1	<i>[Signature]</i>
21	08	2020	Yadell M. Arriaza	5to PISO	Mascaras N.95	1	<i>[Signature]</i>