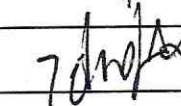
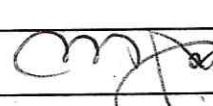
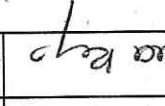
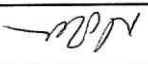


Formato: Lista de Verificación de Referencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/ABR/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Lina María Rodríguez			
FECHA DE INSPECCIÓN 14 de mayo de 2020			
SERVICIO S. de R.			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO M			
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Isabella P. Ruby A. Trabajador No 2: Juan R. P. Dr. Ricardo Trabajador No 3: Trabajador No 4:			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/CUMPLIMIENTO C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Gautes	C	C
7	Bata Antilíquidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
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			
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, protección por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS							
5	Siempre desinfecta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	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	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	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	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		70	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  Juan Carlos </div> <div>  Juan Carlos </div> <div>  Juan Carlos </div> </div>					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							

CLÍNICA NUESTRA SERVICIO DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abn/2020 Versión: 002
Formulario: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Isabella Guerrero		
CARGO: Enfermera		
FECHA DE INSPECCIÓN: 14/08/20		
SERVICIO: Partos		
TURNO: M		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: N		
TRABAJADORES OBSERVADOS:		
Trabajador No 1 Dora	Trabajador No 2 claudia	Trabajador No 3 Juan Lopez
Trabajador No 4 Guillermo Martinez		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA		
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento		
1 Gorro C C C C C		
2 Gafas de Seguridad C C C C C		
3 Careta y/o Visor C C C C C		
4 Mascara Convencional NA NA NA NA NA		
5 Respirador N 95 C C C C C		
6 Guantes C C C C C		
7 Bata Antilíquidos C C C C C		
8 Protector Auditivo NA NA NA NA NA		
9 Dantal Plástico NA NA NA NA NA		
10 Dantal en PVC NA NA NA NA NA		
11 Bolas NA NA NA NA NA		
12 Traje Especial)		
13 Otro ()		
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION		
1 Elemento dañado		
2 No Disponible		
3 Olvido		
4 Desconoce Estándar		
5 Otras Observaciones:		
Estándares a evaluar		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO		
1 Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI
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

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002	
5	Siempre desinfecta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	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	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza el cubo cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	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	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS	10	10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	10	10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100 %	100 %	100 %	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	4/4						

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		JULIANA LEONOR SANCHEZ					
CARGO		ENFERMERA					
FECHA DE INSPECCION		Agosto - 2020					
SERVICIO		PACU					
TURNO		M					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		T					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
		Angela Muñoz		Monica Arce		Jhon Alvarado	
		Trabajador No 4					
<p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA</p> <p>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</p>							
<p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA</p>							
<p>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</p> <p>SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION</p>							
<p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO</p>							
1	Gorro	C	C	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C	C	C	C
9	Delantal Plástico	C	C	C	C	C	C
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()	NA	NA	NA	NA	NA	NA
1	Elemento dañado						
2	No Disponible						
3	Olvio						
4	Desconoce Estándar						
5	Otras Observaciones:						
<p>Estándares a evaluar</p>							
<p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO</p>							
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antitépica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	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	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	SI	SI	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 por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI	SI	SI

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.		Trabajadores que cumplen/Total		Trabajadores Observados*100	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
FIRMA DEL COLABORADOR		FIRMA DEL COLABORADOR		FIRMA DEL COLABORADOR	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		TOTAL ITEMS OBSERVADOS		TOTAL ITEMS OBSERVADOS	
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin- oficios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	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
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si

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


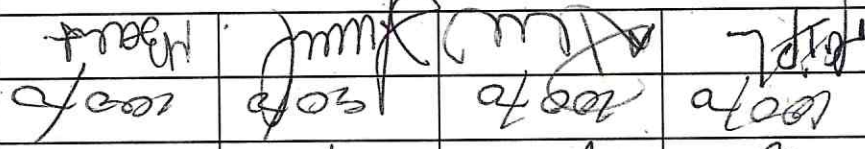
Versión: 002

Fecha: 8/Abn/2020

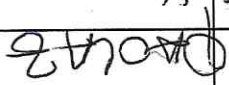
Código: SST-FR-090

CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA JUAN MANUEL P. MEYER INGENIERO EN SEGURIDAD 440001512020 D.S. de Polvos			
SERVICIO TURNO M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO T			
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Isabel Trabajador No 2: Ruby Trabajador No 3: Isabel Trabajador No 4: Dña. Belu			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/CUMPLIMIENTO CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Gorro	C	C
2	Casaca de Seguridad	C	C
3	Casaca y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Gauchos	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ()		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO Estándares a evaluar			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Ovillo		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo. Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames. 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, guantes, gafas y gorro.			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	S	S
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	S	S
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames.	S	S
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, guantes, gafas y gorro.	S	S

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002	
5	Siempre descarta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornatos y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	Si
		TOTAL ITEMS OBSERVADOS	40	10	10
		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	40	10	10
		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR					
		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	4		
		TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN	4		
		CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total			

CLÍNICA NUESTRA SERVICIO DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abr/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Luis - Juan - Gaito			
CARGO JEFE DE DEPARTAMENTO			
FECHA DE INSPECCIÓN 16 de Abril 2020			
SERVICIO M			
TURNO M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO X			
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Rodolfo Trabajador No 2: Claudia Trabajador No 3: O. de J. M. Trabajador No 4: O. de J. M.			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	NC	NC
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C
8	Protector Auditivo	C	C
9	Delantal Plástico	NC	NC
10	Delantal en PVC	NC	NC
11	Botas	NC	NC
12	Traje Especial	NC	NC
13	Otro ()		
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: S: SEÑALA CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
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 por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
5	Siempre desinfecta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	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	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	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	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		 Dr. Julian Fdo. Lopez G. Director General de Asistencia Hospital General de la Universidad de la Salle Reg. 5203298					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total		4/4					


CLÍNICA NUESTRA SERVICIO DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad							
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: ANA JULIANA RIVERA							
CARGO: SUPERVISORA							
FECHA DE INSPECCIÓN: 08/abril/2020							
SERVICIO: PATRULLA							
TURNO: M							
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:							
TRABAJADORES OBSERVADOS:							
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3		Trabajador No 4	
Sara Guerrero		Andrés M. M. B.		Diego R. B.		Manlio C. B.	
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	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA	NA	NA
6	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C	C	C	C
9	Delantal Plástico	C	C	C	C	C	C
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()	NA	NA	NA	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	Olvído						
4	Descorrióse 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	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	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	C	C	C	C	C	C
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gomo.	C	C	C	C	C	C

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN	
FIRMA DEL COLABORADOR	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS	TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN
10	10
9	10
8	10
7	10
6	10
5	10
<p>Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad</p> <p>Código: SST-FR-090</p> <p>Fecha: 8/Abril/2020</p> <p>Versión: 002</p>	

ITEM	DESCRIPCION	100%	100%	100%	100%
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	✓	✓	✓	✓
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	✓	✓	✓	✓
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	✓	✓	✓	✓
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	✓	✓	✓	✓
9	El personal asistencial utiliza cubreobjetos cerrados, sin orificios y con suela antideslizante.	✓	✓	✓	✓
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	✓	✓	✓	✓

4/4 x 100 = 100%

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/Abn/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Brenda Guerrero	
CARGO		Enfermera	
FECHA DE INSPECCIÓN		13/08/20	
SERVICIO		Partos	
TURNO		M	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		T	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Nora Escaso Trabajador No 2: Susana Escaso Trabajador No 3: Ismael Garcia Solis Trabajador No 4: Lopez	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
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	Olvio		
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 antitépica 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 derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Adecuado por gotas; Mascanta quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto; Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002	
5	Siempre descarta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes designados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ondulaciones y con suela antideslizante.	SI	SI	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	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		N/A		J. Susana Erazo		 Dr. Alberto Corrales López G. GINECÓLOGO - OBSTETRA U. DEL VALLE M.M. 5854/90 REG. 5209258	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4		4			
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4		100 %			

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad		CLÍNICA NUESTRA SERENA DE LOS REMEDIOS	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Luz María Gilman	
FECHA DE INSPECCIÓN		12 de Abril 2020	
SERVICIO		Salud de Labor	
TURNO		M	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		M	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 Trabajador No 2 Trabajador No 3 Trabajador No 4	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NG: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Gantes	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
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		
3	Olvído		
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 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, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.		Trabajadores que cumplen/Total	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		QUE CUMPLEN	
FIRMA DEL COLABORADOR		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	10
9	El personal asistencial utiliza con suela antideslizante.	SI	10
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	10
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	10
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	10
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reemplazar agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	10

R.M. 76-2166
GIMNECULOGIA Y GINESTRICIA
Gustavo A. Perdomo

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

Código: SST-FR-090

Fecha: 8/Abr/2020

Versión: 002

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/Abril/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Fina Wilsona Perez Mejia FECHA DE INSPECCION Agosto 18/2020 SERVICIO M TURNO T PROCEDIMIENTO OBSERVADO N			
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Claudia Z Trabajador No 2: Rober A Trabajador No 3: La Lopez Trabajador No 4: Una Bc			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Guaantes	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ()	NA	NA
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO			
Estándares a evaluar			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Oviedo		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
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 por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
FIRMA DEL COLABORADOR	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS	
10	El personal asistencial no utiliza los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.
9	El personal asistencial utiliza con suela antideslizante.
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar, agujas y doblar o partir cuchillas.


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


Código: SST-FR-090

Fecha: 8/Abril/2020


Versión: 002

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002																																																																																																																																									
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad																																																																																																																																															
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Sandra Guerrero																																																																																																																																															
CARGO: Enfermera																																																																																																																																															
FECHA DE INSPECCIÓN: 18-08/20																																																																																																																																															
SERVICIO: Factos																																																																																																																																															
TURNO: M																																																																																																																																															
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: N																																																																																																																																															
TRABAJADORES OBSERVADOS: <table border="1"> <tr> <td>Trabajador No 1</td> <td>Trabajador No 2</td> <td>Trabajador No 3</td> <td>Trabajador No 4</td> </tr> <tr> <td>Adora Erazo</td> <td>Susana Erazo</td> <td>Ana Maria Herchan</td> <td>Isabella Vargas</td> </tr> </table>								Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	Adora Erazo	Susana Erazo	Ana Maria Herchan	Isabella Vargas																																																																																																																																
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4																																																																																																																																												
Adora Erazo	Susana Erazo	Ana Maria Herchan	Isabella Vargas																																																																																																																																												
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA <table border="1"> <tr> <th colspan="8">Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</th> </tr> <tr> <th colspan="8">Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</th> </tr> <tr> <th colspan="8">CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCIÓN</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> <tr> <td>Gorro</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Gafas de Seguridad</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Careta y/o Visor</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Mascarilla Convencional</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>Respirador N 95</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Guantes</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Bata Antifluidos</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Protector Auditivo</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>Dental Plástico</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>Dental en PVC</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>Bolsas</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>Traje Especial</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>Otro ()</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento								Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal								CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCIÓN								1	2	3	4	5	6	7	8	Gorro	C	C	C	C	C	C	C	Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C	C	Careta y/o Visor	C	C	C	C	C	C	C	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C	C	Guantes	C	C	C	C	C	C	C	Bata Antifluidos	C	C	C	C	C	C	C	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Dental Plástico	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Dental en PVC	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Bolsas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Traje Especial	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Otro ()							
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento																																																																																																																																															
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal																																																																																																																																															
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCIÓN																																																																																																																																															
1	2	3	4	5	6	7	8																																																																																																																																								
Gorro	C	C	C	C	C	C	C																																																																																																																																								
Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C	C																																																																																																																																								
Careta y/o Visor	C	C	C	C	C	C	C																																																																																																																																								
Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																																																																																																								
Respirador N 95	C	C	C	C	C	C	C																																																																																																																																								
Guantes	C	C	C	C	C	C	C																																																																																																																																								
Bata Antifluidos	C	C	C	C	C	C	C																																																																																																																																								
Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																																																																																																								
Dental Plástico	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																																																																																																								
Dental en PVC	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																																																																																																								
Bolsas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																																																																																																								
Traje Especial	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																																																																																																								
Otro ()																																																																																																																																															
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO <table border="1"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> <tr> <td>Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al el final del mismo.</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>SI</td> </tr> </table>								1	2	3	4	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al el final del mismo.	SI	SI	SI	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	SI	SI	SI	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI																																																																																																																				
1	2	3	4																																																																																																																																												
Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI																																																																																																																																												
Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al el final del mismo.	SI	SI	SI																																																																																																																																												
Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	SI	SI	SI																																																																																																																																												
Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI																																																																																																																																												

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
5	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reinsertar agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	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	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	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	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
FIRMA DEL COLABORADOR		Nota final Susana.					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total		4/4 100 %					

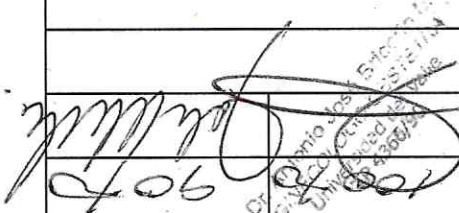
 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002												
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad												
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Rina de los Angeles												
CARGO Asesor de Bioseguridad												
FECHA DE INSPECCIÓN 19-Febrero-2020												
SERVICIO Sala de Ambios												
TURNO M												
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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Gorro	Gafas de Seguridad	Careta y/o Visor	Mascarilla Convencional	Respirador N 95	Guantes	Bata Antifluidos	Protector Auditivo	Delantal Plástico	Delantal en PVC	Botas	Traje Especial	Otro ()
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO												
Estándares a evaluar												
1	2	3	4									
Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, protección Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.									
SI	SI	SI	SI									

Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
CLÍNICA NUESTRA SERVOA DE LOS REMEDIOS					
5	Siempre desecha los corropunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, 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 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		3	3	3	3
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		3	3	3	3
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		3	3	3	3
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%	100%	100%	100%

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA MILENA GARCIA		FECHA DE INSPECCION 08/11/2020	
SERVICIO PARRAS		TURNO M	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO X		TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Rubi Aguilar Trabajador No 2: Isabel Raulo Trabajador No 3: John Alvarez Trabajador No 4: Delfa Rangel	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guañas	C	C
7	Bata Antilíquidos	C	C
8	Protector Auditivo	C	C
9	Delantal Plástico	C	C
10	Delantal en PVC	C	C
11	Botas	C	C
12	Traje Especial	C	C
13	Otro ()	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	Olvio		
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 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, aerósiles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

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

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Fecha: 8/Abri/2020		Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Dra. Mariana Ruiz Moya			
FECHA DE INSPECCIÓN 8/Abri/2020			
SERVICIO U. de Partos			
TURNO M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO T			
TRABAJADORES OBSERVADOS			
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
Clasificación 2	Clasificación 2	Dr. Bruna	Dr. Alvarado
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
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	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Gantes	C	C
7	Bata Antilíquidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
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.	S	S
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	S	S
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	S	S
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, guantes, gafas y gorro.	S	S

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

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Código: SST-FR-090	
CARGO		Versión: 002	
FECHA DE INSPECCIÓN		Fecha: 8/abril/2020	
SERVICIO			
TURNO			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO			
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	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antibióticos	C	C
8	Protector Auditivo	C	C
9	Delantal Plástico	C	C
10	Delantal en PVC	C	C
11	Botas	C	C
12	Traje Especial	C	C
13	Otro ()	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	Olvído		
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 el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio: Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aerocoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	Fecha: 8/Abril/2020	Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar, agudizar y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	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	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza cubreobjetos, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	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	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4	4	4	4
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4	4	4	4
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%	100%	100%	100%	100%