

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	Diana G. Jimenez				
CARGO	Enfermera				
FECHA DE INSPECCIÓN	20 Agosto				
SERVICIO	Hospitalización Gto				
TURNO	M	T	N		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	
	Enilse	John Cero	Jennifer	Alexandra	
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				
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	C	C	C	C
10	Delantal en PVC				
11	Botas	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C
13	Otro ()				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio: Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si



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

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	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		* Emilio H. * [Signature] * [Signature] * [Signature] * Alexandra B			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

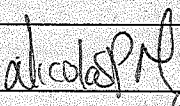

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
Fecha: 8/Abril/2020					
Versión: 002					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Diana G. Jaramet H			
CARGO		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN		16/08/20			
SERVICIO		Hospitalización			
TURNO		M	T	N	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Nicolas	Zoraida	Patric	
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				
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	C	C	C	
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	
11	Botas	C	C	C	
12	Traje Especial	C	C	C	
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	



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					
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					

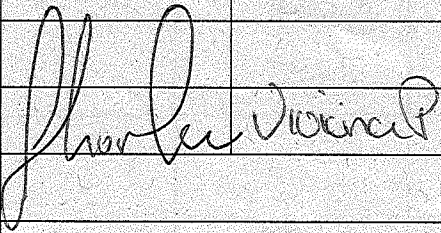
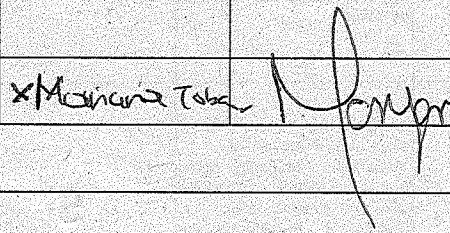
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
Fecha: 8/Abril/2020					
Versión: 002					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Enfermera Diana G. Jimenez H			
CARGO		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN		18 de Agosto			
SERVICIO		Hospitalización			
TURNO		M	T	N	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Jhon Cero	Viviana	Maniana	Margareth
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				
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	C	C	C	C
10	Delantal en PVC				
11	Botas	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C
13	Otro ()				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si



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

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	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					

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	Esterame Muñoz D.				
CARGO	Enfermera				
FECHA DE INSPECCIÓN	19-08-2020				
SERVICIO	Hospitalización Gto.				
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	
	Nicolas	Didier	Joan	Susan	
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	N.A	N.A	N.A	N.A
9	Delantal Plástico	C	C	C	C
10	Delantal en PVC	N.A	N.A	N.A	N.A
11	Botas	N.A	N.A	N.A	N.A
12	Traje Especial	C	C	C	C
13	Otro ()	N.A	N.A	N.A	N.A
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI



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

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
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		Alcides PP	(1 de 1)	Juan Carlos	DOSAN 2020
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4.			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%.			