



CLÍNICA NUESTRA SERVICIO 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 Sandra Guerrero			
CARGO Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN 9/05/20			
SERVICIO Partos			
TURNO M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO T			
TRABAJADORES OBSERVADOS			
Trabajador No 1	Sandra Guerrero	Trabajador No 2	Trabajador No 3
Trabajador No 4	Trabajador No 5	Trabajador No 6	Trabajador No 7
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	Guantes	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 ()	NA	NA
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE 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 SEGÚN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de realizar la procedimiento, o realiza la 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 Adecuado por gotas; Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto; Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CÓDIGO: SST-FR-090		FECHA: 8/ABR/2020		VERSIÓN: 002	
 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS Formatos: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
5	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando recontaminar 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	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %	100 %	100 %	100 %
FIRMA DEL COLABORADOR		Dr. Antonio José Briceño Al. GINECOLOGO-OBSTETRA M.D. Ego Soana			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		A			
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		A			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		A/A 100 %			

Jesús David Rojas Palacios
 Ginecólogo - Obstetra
 Unidad - Clínica
 R.M. 522589
 FUSI

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 CARGO FECHA DE INSPECCIÓN SERVICIO TURNO PROCEDIMIENTO OBSERVADO		Trabajador No 1 Trabajador No 2 Trabajador No 3 Trabajador No 4	
Trabajadores Observados Paola Zulma Dr. Bolander Dr. Isidoro			
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	Gaules	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 ()		
Razon de No Uso del 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 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		Trabajadores Observados*100	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		QUE CUMPLEN		4.	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
FIRMA DEL COLABORADOR		P. B. 2019		reclutamiento	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%		100%	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10		9.	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10		10	
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 ornatos y con suela antideslizante.	SI	NO	SI	NO
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, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA 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

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
CLÍNICA NUESTRA		SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		JURADO DE CALIFICACIÓN	
CARGO		CARGO	
FECHA DE INSPECCIÓN		FECHA DE INSPECCIÓN	
SERVICIO		SERVICIO	
TURNO		TURNO	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		PROCEDIMIENTO OBSERVADO	
TRABAJADORES OBSERVADOS		TRABAJADORES OBSERVADOS	
Trabajador No 1		Trabajador No 2	
Trabajador No 3		Trabajador No 4	
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Carota y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antilluvia	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
Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: 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 CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiseptica 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

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

$4/4 \times 100 = 100\%$

Código: SST-FR-090		Fecha: 8/ABR/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad					
CLÍNICA NUESTRA					
SEÑORA DE LOS REMEDIOS					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA					
Sandra Guerrero					
CARGO					
22-08/20					
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO					
TURNO					
M					
T					
N					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS					
Trabajador No 1					
Trabajador No 2					
Trabajador No 3					
Trabajador No 4					
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
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guañas	C	C	C	C
7	Bata Antibufo	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) SEGUN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Ovillo				
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 realizar 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

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
5	Siempre desinfecta los corpuzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando recontaminar agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	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	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	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	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornatos y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	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	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
FIRMA DEL COLABORADOR		Mila Es		Susana		Margarita Bello Alvarez		Isabella Vargas-Victoria		Medico General		R.M. 1151953221		Universidad Libre-Seccional Cali		Universidad Nacional de Colombia		Obstetricia & Ginecologia		M. 52818209	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4		4		4		4		4		4		4		4		4		4	
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %	

Universidad Libre-Seccional Cali
 R.M. 1151953221
 Medico General
 Isabella Vargas-Victoria

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
 SENORA 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 CLÍNICA NUESTRA SECCIONA DE LOS REMEDIOS					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA CARGO FECHA DE INSPECCIÓN SERVICIO TURNO PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: <i>Claudia</i> Trabajador No 2: <i>Ronca</i> Trabajador No 3: <i>de Jhon</i> Trabajador No 4: <i>de Jhon</i>					
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 Antibióticos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C	C
9	Dental 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 ()				
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	Ovido				
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 derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	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, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. 4/4		Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS			
FIRMA DEL COLABORADOR			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN			
TOTAL ITEMS OBSERVADOS			
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 calzado cerrado, sin ornamentos y 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 concentrarlos, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	10

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CHILE
FACULTAD DE INGENIERÍA Y CIENCIAS EXACTAS
REG. MIN. 522589 - FUSI
R.M. 522589 - FUSI
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica

Jesus David Polanco
100%
100%

4/4

Código: SST-FR-090
Fecha: 8/Abril/2020
Versión: 002

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

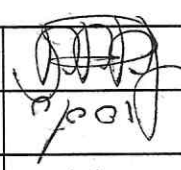
CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
CLÍNICA NUESTRA SERVIRIA DE LOS REMEDIOS		Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Lilith García	
CARGO		ENFERMERA	
FECHA DE INSPECCION		08/04/2020	
SERVICIO		PEDIATRIA	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		X	
TURNO		M	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Susana Burgos Trabajador No 2: Susana Burgos Trabajador No 3: Susana Burgos Trabajador No 4: Lilith García	
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	Caretilla y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gaules	C	C
7	Bata Antilíquida	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
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: RAZÓN DE NO USO DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL 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 lavación antiséptica si no amerita	C	C
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al el final del mismo.	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	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 gorro.	C	C

Código: SST-FR-090		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
5	Siempre descartar 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							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 x 100 = 100%					

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Version: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA LUIS ALFARO RAY							
CARGO Gerente							
FECHA DE INSPECCION 8 de Agosto 2020							
SERVICIO S. de Paros							
TURNO M							
PROCEDIMIENTO OBSERVADO X							
TRABAJADORES OBSERVADOS							
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3		Trabajador No 4	
Joaquín P. Bola		Pablo		Aranda		B. Lopez	
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	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	Gautes	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antibullos	C	C	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9	Dental Plástico	NA	NA	NA	NA	NA	NA
10	Dental 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 ()						
Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal							
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑAL CON UNA (X) SEGUN OPCION							
1	Elemento dañado						
2	No Disponible						
3	Ovido						
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 realizar la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	S	S	S	S	S	S
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	S	S	S	S	S	S
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	S	S	S	S	S	S
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.	S	S	S	S	S	S

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		CARGO		FECHA DE INSPECCIÓN		SERVICIO	
TURNO		PROCEDIMIENTO OBSERVADO		Trabajador No 1		Trabajador No 2	
Trabajadores OBSERVADOS		Cecilia Alaya		Monica Arce		Pa Bolano	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento		CUMPLE		CUMPLE		CUMPLE	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA		C		C	
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 Antibullos	C		C		C	
8	Protector Auditivo	C		C		C	
9	Dental Plástico	C		C		C	
10	Dental en PVC	C		C		C	
11	Batas	C		C		C	
12	Traje Especial	C		C		C	
13	Otro ()						
Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal		SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION		SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION		SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION		SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION		SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION	
Estándares a evaluar		MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO		MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO		MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO	
1	Elemento dañado.						
2	No Disponible						
3	Ovido						
4	Desconoce Estándar						
5	Otras Observaciones:						
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN		MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO		MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO		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: Aislamiento Respiratorio, Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, protección 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		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	Fecha: 8/Abn/2020	Version: 002
5	Siempre desinfecta los corropunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando reinsertar agujas 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 calzado cerrado, 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		 Jesús Domínguez Unidad de Emergencia - FUSI R.M. 522589				
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4				
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4				
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 = 100%				

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: 25-08-20					
SERVICIO: Partos					
TURNO: M					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: T					
TRABAJADORES OBSERVADOS:					
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
Dora Erazo		Susana Erazo		Sara Guacata	
Trabajador No 4					
Julian Lopez					

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:					
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
	C: CUMPLE	NC: NO CUMPLE	NT: NO TIENE	NA: NO APLICA	
1	C				Gorro
2	C				Gafas de Seguridad
3	C				Careta y/o Visor
4	NA				Mascarilla Convencional
5	C				Respirador N 95
6	C				Guantes
7	C				Bata Antibullos
8	NA				Protector Auditivo
9	NA				Dental Plástico
10	NA				Dental en PVC
11	NA				Batas
12	NA				Traje Especial
13					Otro ()

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
Estándares a evaluar					
1					Elemento dañado
2					No Disponible
3					Omitido
4					Desconoce Estándar
5					Otras Observaciones:

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	SI	SI	SI	SI	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.
2	SI	SI	SI	SI	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.
3	SI	SI	SI	SI	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.
4	SI	SI	SI	SI	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aéreo Respiratorio, Máscara quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002 Fecha: 8/Abril/2020		Código: SST-FR-090
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando reencapsular agujas 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 calzado cerrado, 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		Mora E		Gosana		Dr. Julian Fdo. Lopez
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4		4		4
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4		4		4
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4. 100 %		4/4. 100 %		4/4. 100 %

Dr. Julian Fdo. Lopez
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
REG-5203298

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Lina R.					
CARGO Enfermera					
FECHA DE INSPECCIÓN 26/10/2020					
SERVICIO S. de Ictos					
TURNO M					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO N					
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Isabel P. la Sera Trabajador No 2: Lina R. Trabajador No 3: Lina R. Trabajador No 4: Lina R.					
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
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Caretas y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antilluidos	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 ()				
Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE CON UNA (X) SEGUN OPCION					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Omitido				
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 técnica 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 derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	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

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

SERVICIO DE LOS REMEDIOS

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/ABR/2020		Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		CARGO		FECHA DE INSPECCIÓN		SERVICIO	
Jesús Balazs		Jefe de Mantenimiento		26-Abril-20		Mantenimiento	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		TURNO		M		T	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
Rubén A. Muñoz		Jesús Balazs					
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
5	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C
6	Gauchos	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antibiótica	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	C	C	C	C	C	C
11	Botas	C	C	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C	C	C
13	Otro ()	C	C	C	C	C	C
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal							
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALA 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 antitérmica 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 aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aéreo, Respiratorio, Aéreo, quirúrgico, guantes, gafas, mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, 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	4
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN	4
4 / 4 x 100 = 100%	
FIRMA DEL COLABORADOR	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	10
TOTAL ITEMS OBSERVADOS	10
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.
9	El personal asistencial utiliza calzado 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 reinsertar 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

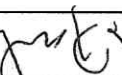
CLÍNICA NUESTRA
 SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/Abri/2020	
CLÍNICA NUESTRA SERVO DE LOS REMEDIOS			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Sandra Guevara		CARGO Encargada	
FECHA DE INSPECCIÓN 28-08/20		SERVICIO Partos	
TURNO M		PROCEDIMIENTO OBSERVADO T	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 Nora Erazo	
Trabajador No 2 Susana Erazo		Trabajador No 3 Tsabella Vargas	
Trabajador No 4 Jhon Alvarado			
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	Guantes	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) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Ovillo		
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: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002 Fecha: 8/Abn/2020		Código: SST-FR-090
5	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar repercusión 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	Mantén 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	10	10	10	10	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	10	10	10	10	10	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
FIRMA DEL COLABORADOR	John Paul Alvarado I.	John Paul Alvarado I.	John Paul Alvarado I.	John Paul Alvarado I.	John Paul Alvarado I.	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	4	4	4	4	4	
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN	4	4	4	4	4	
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.	Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados 100 4/4 100 %					

John Paul Alvarado I.
C.C. 17.977.742
Ginecología y Obstetricia
Universidad del Valle
RM. 760091 - 00

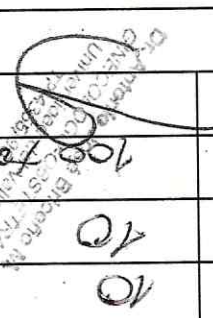
Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Inspectora de Control		CARGO Inspectora de Control	
FECHA DE INSPECCIÓN 29-Abril-2020		SERVICIO Sala de Control	
TURNO M		PROCEDIMIENTO OBSERVADO No observado	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento	
Trabajador No 1 Piedad	Trabajador No 2 Rocio	Trabajador No 3 Rocio	Trabajador No 4 Rocio
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 Mascareta 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	C	C	C
9 Delantal Plástico	C	C	C
10 Delantal en PVC	C	C	C
11 Bolas	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.	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: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascareta quirúrgica, guantes, gafas, aerosoles: Mascareta de alta eficiencia N95, gafas y guantes, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	C	C	C

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 cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, 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 ornamentos 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		 Angélica					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total		4/4					

Formulario: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/ABR/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Ana J. López Enciso S.		CARGO Gerente	
FECHA DE INSPECCIÓN 21-08-20		SERVICIO 1	
TURNO M		PROCEDIMIENTO OBSERVADO 1	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento	
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
Mónica CH	Helena A.	Rafael A.	Liliana R.
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	NA	NA	NA
5 Respirador N 95	NA	NA	NA
6 Guantes	C	C	C
7 Bata Antibiótica	C	C	C
8 Protector Auditivo	C	C	C
9 Delantal Plástico	C	C	C
10 Delantal en PVC	C	C	C
11 Bata	C	C	C
12 Traje Especial	C	C	C
13 Otro ()	C	C	C
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
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 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: Aéreo, Asistimiento Respiratorio, Asistimiento Respiratorio por quiniola, guantes, gafas, mascarilla, o por gotas; Mascarilla, Asistimiento Respiratorio por quiniola, guantes, gafas, mascarilla, o por gotas; Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI

Código: SST-FR-090		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
5	Siempre desinfecta los cortapuntas inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, 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							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 x 100 = 100%					

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 Ana Yvonne Ruiz Mejia							
CARGO Asesora de Recursos							
FECHA DE INSPECCIÓN 8 de Abril de 2020							
SERVICIO U.S. de Recursos							
TURNO M							
PROCEDIMIENTO OBSERVADO N							
TRABAJADORES OBSERVADOS							
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3		Trabajador No 4	
Claudia 2 Isabel P. A. Roldán B. H.							
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	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 Antibióticos	C	C	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA	NA	NA
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	Ovo ()	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	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 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 aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aéreo: Aislamiento Respiratorio; Mascarilla por gotas; guantes; gafas; quimioprotección; Aislamiento N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	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 SEÑORA DE LOS REMEDIOS					
5	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, 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	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%			