

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: <u>Ruben Darío Hernández Herrera</u>					
CARGO: <u>Gerente Clínico Urgencias</u>					
FECHA DE INSPECCIÓN: <u>31-Abril-2020</u>					
SERVICIO: <u>Urgencias</u>					
TURNO: M <u>X</u> T <u>  </u> N <u>  </u>					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
Trabajadores Observados: <u>Ruben Mayorga</u>		Trabajadores Observados: <u>Kevin Illoreda</u>		Trabajadores Observados: <u>Antonio Ortiz</u>	
Trabajadores Observados: <u>Darío Salazar</u>					
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	NA	NA	NA	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	NA	NA	NA	NA
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	NA	NA	NA	NA
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	NA	NA	NA
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.	NA	NA	NA	NA





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.	NA	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		8	8	8	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		8	8	8	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
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		Ruben Darío Ferrández Herrera			
CARGO		Gestor Clínico Urgencias			
FECHA DE INSPECCIÓN		31-Ago-2020			
SERVICIO		Urgencias			
TURNO		M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 Pairo Ruiz	Trabajador No 2 Maria Elena Martin	Trabajador No 3 Milton Lombardo	Trabajador No 4 Zaira Lombardo
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	NA	NA	NA
3	Careta y/o Visor	NA	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	NA	NA	NA	NA
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	NA	NA	NA	NA
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	NA	NA	NA
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.	NA	NA	NA	NA





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.	NA	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		9	8	8	8
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		9	8	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
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	Rubén Darío Ferrnandez Herrera				
CARGO	Gerente Clínico Ugerenep				
FECHA DE INSPECCIÓN	31-Abril-2020				
SERVICIO	Ugerenep				
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Gustavo Gomez	Trabajador No 2 Niveth Barón	Trabajador No 3 Rosa maria Diaz	Trabajador No 4 Madinun Rodriguez	
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	NA	NA	NA	NA
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	Guantes	NA	NA	NA	NA
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	NA	NA	NA	NA
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	NA	NA	NA
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.	NA	NA	NA	NA





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.	NA	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		8	8	8	8
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		8	8	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
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		Ruben Darío Hernández Herrera			
CARGO		Gerente Clínico y Operativo			
FECHA DE INSPECCIÓN		08 September 2020			
SERVICIO		Urgencias			
TURNO		M	T	N	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 Rose Marie Diaz	Trabajador No 2 Ingrid Serrano	Trabajador No 3 Lina Asprina	Trabajador No 4 Adel Serrano
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	NA	NA	NA	NA
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	Gantes	NA	NA	NA	NA
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	NA	NA	NA	NA
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	NA	NA	NA
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.	NA	NA	NA	NA





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.	NA	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		8	8	8	8
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		8	8	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
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	Ruben Daro Ferraz Hernandez				
CARGO	Coordinador Clínico Urgencias				
FECHA DE INSPECCIÓN	05 Septiembre 2020				
SERVICIO	Urgencias				
TURNO	M. <u>A</u>	T. _____	N. _____		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 <u>Kenn Breda</u>	Trabajador No 2 <u>Ruben Mayorga</u>	Trabajador No 3 <u>Natalia Chaparro</u>	Trabajador No 4 <u>Carlos Salgado</u>	
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	NA	NA	NA	NA
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	Guantes	NA	NA	NA	NA
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	NA	NA	NA	NA
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	NA	NA	NA
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.	NA	NA	NA	NA





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.	NA	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		8	8	8	8
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		8	8	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
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			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Fecha: 8/Abril/2020	
CARGO		Versión: 002	
FECHA DE INSPECCIÓN			
SERVICIO			
TURNO			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO			
Trabajador No 1		Trabajador No 2	
Trabajador No 3		Trabajador No 4	
Trabajadores Observados			
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	NA	NA
3	Careta y/o Visor	C	NA
4	Mascarilla Convencional	NA	C
5	Respirador N 95	C	NA
6	Guantes	NA	C
7	Bata Antifluidos	C	NA
8	Protector Auditivo	NA	C
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: 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.	NA	NA
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	NA
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.	NA	NA





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.	NA	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		8	8	8	8
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		8	8	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
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	Ruben Jairo Perez de la Hoz			
CARGO	Gestor Clínico			
FECHA DE INSPECCIÓN	05-Septiembre-2020			
SERVICIO	Urología			
TURNO	M <u>X</u>	T	N	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Mareli Ordóñez	Trabajador No 2 Yamileth Breno	Trabajador No 3 Rosa María Díaz	
	Trabajador No 4 Jessica Lera			
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	NA	NA	NA
3	Careta y/o Visor	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Guantes	NA	NA	NA
7	Bata Antifluidos	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA
13	Otro ( )			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible			
3	Olvido			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO				
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	NA	NA	NA
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.	NA	NA	NA
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.	NA	NA	NA





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

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	NA	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		8	8	8	8
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		8	8	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
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	Rubén Darío Hernández Herrera				
CARGO	Gestor Clínico Urgencias				
FECHA DE INSPECCIÓN	03-Septiembre-2020				
SERVICIO	Urgencias				
TURNO	M <u>2</u>	T <u>  </u>	N <u>  </u>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Damián Salazar	Trabajador No 2 Ricardo Mendoza	Trabajador No 3 Natalie Chaparro	Trabajador No 4 Nleth Moncayo	
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	NA	NA	NA	NA
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	Guantes	NA	NA	NA	NA
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	NA	NA	NA	NA
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	NA	NA	NA
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.	NA	NA	NA	NA





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.	NA	NA	NA	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	NA	NA	NA	NA
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	NA	NA	NA	NA
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	C	C	C	C
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	C	C	C	C
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	C	C	C	C
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		8	8	8	8
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		8	8	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
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	Luisa María Riquelme			
CARGO	Gerente Clínico			
FECHA DE INSPECCIÓN	05-Septiembre-2020			
SERVICIO	Urología			
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Luisa Montes	Trabajador No 2 Erika Bedoya	Trabajador No 3 Vandi Bango	
Trabajador No 4 John Pinos				
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	NA	NA	NA
3	Careta y/o Visor	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Guantes	NA	NA	NA
7	Bata Antifluidos	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA
13	Otro ( )			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible			
3	Olvido			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO				
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	NA	NA	NA
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.	NA	NA	NA
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.	NA	NA	NA





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