


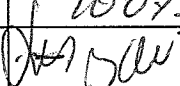
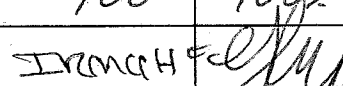
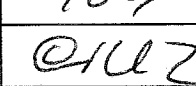
3 Sept / N

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	Jenny Parro - 1. Respiratoria			
CARGO	3-Sept			
FECHA DE INSPECCIÓN	CIANAR			
SERVICIO				
TURNO	M	T	N <input checked="" type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Mary Rocha	Trabajador No 2 Eliana Gomez	Trabajador No 3 Diana Peña	
	Trabajador No 4 Elsa Morales			
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	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	Gautes	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA
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.	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

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020
					Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	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		<i>[Firma]</i>	Elora G	Diana P.	Elm
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


3-sept/C

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	Valentina				
CARGO	Enfermera				
FECHA DE INSPECCIÓN	03-Sept				
SERVICIO	CIAMAT				
TURNOS	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	
	W2 Ayde	Irene	Gladys	Coe	
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	NA	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	C
5	Respirador N 95	C	C	C	NA
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	NA
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				
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

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020			
		Versión: 002			
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	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					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

02 Sept / N

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	Viana Isabel Trochez				
CARGO	Enfermera				
FECHA DE INSPECCIÓN	7 Sept 2020				
SERVICIO	CIAT/AR				
TURNO	M	T	N	✓	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	
	Silvia	Vera	Alexa	María C.	
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	NA	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	NA
5	Respirador N 95	NA	NA	NA	NA
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	NA
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.	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

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020
					Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	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		Silma	Donep	Donep	Donep
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

02 Septiembre

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	Jenny Parra - To Respirato			
CARGO				
FECHA DE INSPECCIÓN	2-Sept/20			
SERVICIO	CIAMAR			
TURNOS	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Elsa Melby	Trabajador No 2 Eliana Gomez	Trabajador No 3 Omaira Burgos	
			Trabajador No 4 Mary Rocha	
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	NT
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 Antifluidos	NA	NA	NA
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: 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 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



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


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		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Elsam	Elvira	Quem	Hay
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
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:			
TURNOS:			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:			
TRABAJADORES OBSERVADOS:			
Trabajador No 1		Trabajador No 2	Trabajador No 3
Yafelm Burco		Cruz Eneid	Diane Perea
Trabajador No 4			
Helen Ramirez			
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	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	NA
5	Respirador N 95	NA	NA
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA
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
Razon 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 procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica; guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad					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	S
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100			
FIRMA DEL COLABORADOR		Tayanka B Cruz Diara P. [Firma]			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100			


01 SEP 2020

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:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Solvia	Loz Aido	Dora	Alexa
Reservados los Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	✓	✓	✓	✓
2	Gafas de Seguridad	✓	✓	✓	✓
3	Careta y/o Visor	✓	✓	✓	✓
4	Mascarilla Convencional	✓	✓	✓	✓
5	Respirador N 95	✓	✓	✓	✓
6	Gantes	✓	✓	✓	✓
7	Bata Antifluidos	✓	✓	✓	✓
8	Protector Auditivo	✓	✓	✓	✓
9	Delantal Plástico	✓	✓	✓	✓
10	Delantal en PVC	✓	✓	✓	✓
11	Botas	✓	✓	✓	✓
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.O.	S.O.	S.O.	S.O.
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
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.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020
					Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o perforar 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 al 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		Silvia	María	Dorel P.	Alfonso
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


31 AGO 2020

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:	C. A. S. S. S.				
CARGO:	C. A. S. S. S.				
FECHA DE INSPECCIÓN:	C. A. S. S. S.				
SERVICIO:	C. A. S. S. S.				
TURNO:	M	T	N		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	
	M. L. S.	G. L. S.	C. A. S.	H. A. S.	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	✓	✓	✓	✓
2	Gafas de Seguridad	✓	✓	✓	✓
3	Careta y/o Visor	✓	✓	✓	✓
4	Mascarilla Convencional	✓	✓	✓	✓
5	Respirador N 95	✓	✓	✓	✓
6	Guantes	✓	✓	✓	✓
7	Bata Antifúndos	✓	✓	✓	✓
8	Protector Auditivo	✓	✓	✓	✓
9	Delantal Plástico	✓	✓	✓	✓
10	Delantal en PVC	✓	✓	✓	✓
11	Botas	✓	✓	✓	✓
12	Traje Especial	✓	✓	✓	✓
13	Otro ()	✓	✓	✓	✓
Razón de No Uso de Elementos 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	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

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad					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 al 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		Milena L.	Elana	CSU	Hendo.
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

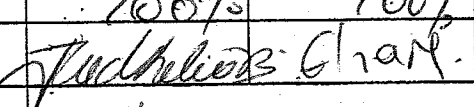
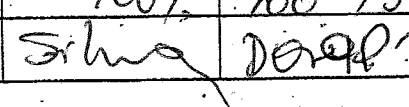
31 AGO 2020

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:			
TRABAJADORES OBSERVADOS:			
Trabajador No 1		Trabajador No 2	Trabajador No 3
Trabajador No 4			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	NT	C
5	Respirador N 95	C	NT
6	Gantes	C	C
7	Bata Antifúndos	NA	NA
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	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 fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica; guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad					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.				
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 al lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.				
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.				
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.				
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					

30 AGO 2020

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bipsseguridad		Fecha: 8/Abril/2020		
Versión: 002				
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:	Jenny Poma			
CARGO:	Inspector de Seguridad			
FECHA DE INSPECCIÓN:	30-08-20			
SERVICIO:	CIANAR			
TURNO:	M	T	N X	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:				
TRABAJADORES OBSERVADOS:	Trabajador No 1 Jaelme Barco	Trabajador No 2 Elsa Morales	Trabajador No 3 Selma Quinayas	
	Trabajador No 4 Dora Peña			
Resumen de Elementos de Protección Personal Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	Si	Si	Si
2	Gafas de Seguridad	Si	Si	Si
3	Careta y/o Visor	Si	Si	Si
4	Mascarilla Convencional	Si	Si	Si
5	Respirador N 95	Si	Si	Si
6	Gantes	Si	Si	Si
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA
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	Trato Especial	NA	NA	NA
13	Otro ()	NA	NA	NA
Resumen de No Uso de Elementos 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	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

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad					Fecha: 8/Abril/2020
					Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reanopulsar 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					

30 AGO 2020


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:	Mónica Ríos			
CARGO:	Técnico de Bioseguridad			
FECHA DE INSPECCIÓN:	20-08-2020			
SERVICIO:	Cianot			
TURNOS:	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:				
TRABAJADORES OBSERVADOS:	Trabajador No 1 Diana	Trabajador No 2 M ^o C	Trabajador No 3 Gladis	
	Trabajador No 4 Amaira			
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	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C	NT
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Guantas	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA
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	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	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

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS				Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad				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		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Maria T. Parac	Supn	Quian	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
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		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 Trabajador No 2 Trabajador No 3 Trabajador No 4			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Gafas de Seguridad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Careta y/o Visor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Mascarilla Convencional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Respirador N 95	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Guantos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Bata Antifluidos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Protector Auditivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Dental Plástico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Dental en PVC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Botas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12	Traje Especial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Otro ()	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Razón de No uso de Elementos de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	No Disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Olvído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Desconoce Estándar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Otras Observaciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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

CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS				Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad				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 guardán antes de su uso.	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		100%	100%	100%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO				
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS				
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN				
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100				

2.9 AGO 2020

 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:					
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	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	Gantes	C	C	C	C
7	Bata Antimicrobios	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C	C
9	Delantal 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 ()	C	C	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	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

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad					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		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Er42	Elza R	Steele	Elrona6
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:		Gladys Posada V.			
CARGO:		Auxiliar de enfermería			
FECHA DE INSPECCIÓN:		20 Abril 2020			
SERVICIO:		Clamor			
MUNDO:		M	T	N	X
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Diana	Mary	Omar	Hilda
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	NA	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	NA	C
3	Careta y/o Visor	C	NC	NA	NA
4	Máscara Convencional			C	C
5	Respirador N 95	C	C	NA	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NC	NA	NA	NA
9	Dental Plástico	NC	NA	NA	NA
10	Dental en PVC	NC	NA	NA	NA
11	Batas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NC	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	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	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: Máscara quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Máscara de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad					Fecha: 8/Abril/2020
					Versión: 002
6	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	S	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 al 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.	NV	NO	NO	NO
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		Maria T.	Jose P. Quintana	Jose P. Quintana	Jose P. Quintana
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%			

12 8 AGO 2020

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:					
Trabajadores observados:					
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
Trabajador No 4					
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	✓	✓	NA	NA
2	Gafas de Seguridad	✓	✓	NA	NA
3	Careta y/o Visor	✓	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	✓	✓	NA	NA
5	Respirador N 95	✓	NA	NA	NA
6	Guantas	✓	✓	NA	NA
7	Bata Antifúndos	✓	NA	NA	NA
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	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	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

CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad					Fecha: 8/Abril/2020
					Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reinsertar 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 al 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			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		100%			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%			
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					