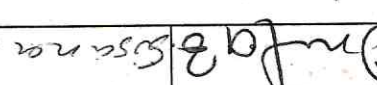


Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Miguel Ángel Salazar		CARGO		SUPERVISOR	
FECHA DE INSPECCIÓN		04/25/20		SERVICIO		RENTAS	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		M		TURNO		T	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
		Trabajador No 4		Trabajador No 5		Trabajador No 6	
<p>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</p> <p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA</p>							
<p>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</p> <p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN</p>							
<p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO</p>							
<p>Estándares a evaluar</p>							
1	Elemento dañado						
2	No Disponible						
3	Olvio						
4	Desconoce Estándar						
5	Otras Observaciones:						
<p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO</p>							
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no aménita 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 aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	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 Respiratorio por aerosoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	S	S	S	S	S	S

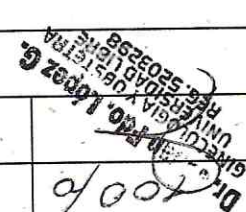
Septiembre 25 2020

Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
<p><b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad</p>					
<p><b>5</b> Siempre descarta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.</p>					
<p><b>6</b> Verifica el estado del guardián antes de su uso.</p>					
<p><b>7</b> Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.</p>					
<p><b>8</b> Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.</p>					
<p><b>9</b> El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornamentos y con suela antideslizante.</p>					
<p><b>10</b> El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.</p>					
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		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%			

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad							
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Sandra Guerrero							
FECHA DE INSPECCIÓN: 25/04/20							
SERVICIO: Partos							
TURNO: M							
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: /							
TRABAJADORES OBSERVADOS:							
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3		Trabajador No 4	
Paola Zapata		Susana Erazo		Ana Maria Hachan		Antonio Briceño	
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	Guañes	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	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	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	Oviedo						
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	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: 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	SI	SI

Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002	
<b>CLÍNICA NUESTRA</b> <b>SERENA DE LOS REMEDIOS</b>					
<b>Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad</b>					
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrado, aguja 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		 <b>Ana María Mejía</b> <b>GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA</b> <b>UNIVERSIDAD DEL VALLE</b> <b>R.M. 73079-2011</b>			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 100 %			

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/Abril/2020	
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> <b>CARGO</b> <b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> <b>SERVICIO</b> <b>TURNO</b>		<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b>	
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b> Trabajador No 1: <i>Flavio C. Roby</i> Trabajador No 2: <i>Diego J. Roby</i> Trabajador No 3: <i>Diego J. Roby</i> Trabajador No 4: <i>Diego J. Roby</i>		<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b> <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gantes	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	C
9	Delantal Plástico	NA	C
10	Delantal en PVC	NA	C
11	Botas	NA	C
12	Traje Especial	NA	C
13	Otro ( )		
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b> <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvído		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
<b>Estándares a evaluar</b> <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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 amienta lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames.	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

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					
5	Siempre descarta los contopunzantes 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 ornatos y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		 <b>Dr. Roberto Lopez G.</b> DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN REG. 5203258			
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		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad							
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <i>Alfonso Cruz</i>							
FECHA DE INSPECCIÓN: <i>26-20-2020</i>							
SERVICIO: <i>Salud Pública</i>							
TURNO: <i>M</i>							
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: <i>X</i>							
TRABAJADORES OBSERVADOS:							
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3		Trabajador No 4	
<i>Angela</i>		<i>Barbara</i>		<i>Barbara</i>		<i>Barbara</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	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	C	C	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C
6	Guañes	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C	C	C	C
9	Delantal Plástico	C	C	C	C	C	C
10	Delantal en PVC	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: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN							
1	Elemento dañado						
2	No Disponible						
3	Olvio						
4	Desconoce Estándar						
5	Otras Observaciones:						
Estándares a evaluar							
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO							
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	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: 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	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, evitando concentrar 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 y con suela antideslizante.						
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							
FIRMA DEL COLABORADOR		Angelo	Sosana				
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS							
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN							
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							

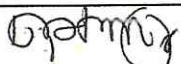

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/Abril/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		CARGO	
Sandra González		Ejecutiva	
FECHA DE INSPECCIÓN		27/04/20	
SERVICIO		Partes	
TURNO		M	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		T	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Raquel Zapata Trabajador No 2: Ruby Aguilar Trabajador No 3: Jalcán López Trabajador No 4: César Rondon	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: 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
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: Mascantilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA ESCUELA 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 contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar, agujas y doblar o reencapsular 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 officios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
FIRMA DEL COLABORADOR		Dr. Julian Fdo. Lopez G.		Gir		fmr	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 100 %					

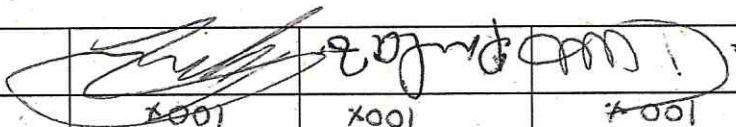
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
Código: SST-FR-090	Fecha: 8/Abri/2020	Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Sandra Guzmán	
FECHA DE INSPECCIÓN		28-04/20	
SERVICIO		Partos	
TURNO		M	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		N	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Yonca Chacon Trabajador No 2: Claudia Zuñiga Trabajador No 3: Andres Gomez Trabajador No 4: Gustavo Perdomo	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antilíquidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	C
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ( )		
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	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
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

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	
5	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar, agitando 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 ornamentos 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		 Elizabeth Robert Rodon			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 100 %			

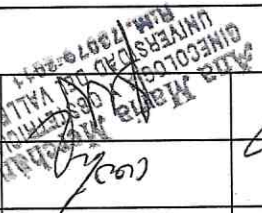
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/Abril/2020	
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> <b>CARGO</b> <b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> <b>SERVICIO</b> <b>TURNO</b> <b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b>			
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b> Trabajador No 1: <i>[Firma]</i> Trabajador No 2: <i>[Firma]</i> Trabajador No 3: <i>[Firma]</i> Trabajador No 4: <i>[Firma]</i>			
<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b> <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gantes	C	C
7	Bata Antifluidos	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
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b> <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
<b>Estándares a evaluar</b> <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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 amienta 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, guantes, gafas y gorro.	SI	SI


CÓDIGO: SST-FR-090		FECHA: 8/ABR/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
5	Siempre descarta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar, 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 ornamentos 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 ÍTEMOS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ÍTEMOS 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		4/4 = 100%			

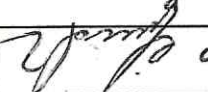
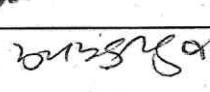
<b>CLÍNICA NUESTRA</b> SENORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002	
<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> Valentina Escobar		<b>CARGO</b> Enfermera	
<b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> 28/04/20		<b>SERVICIO</b> PEDIATRIA	
<b>TURNO</b> M		<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> N	
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>		<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>	
Trabajador No 1 Ruby	Trabajador No 2 Paola	Trabajador No 3 Guillermo	Trabajador No 4 Dr. Bolanos
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	C	C	C
6 Guantes	C	C	C
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 Bolas			
12 Traje Especial			
13 Otro ( )			
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1 Elemento dañado			
2 No Disponible			
3 Olvido			
4 Desconoce Estándar			
5 Otras Observaciones:			
<b>Estándares a evaluar</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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 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, evitando concentrar 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 onículos 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							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN							
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							

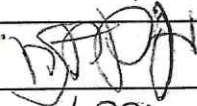
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Falta Juan Cárdenas	
FECHA DE INSPECCIÓN		29-04-2020	
SERVICIO		Salud y Cuidado	
TURNO		M	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO			
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: <i>Angela</i> Trabajador No 2: <i>Isabel</i> Trabajador No 3: <i>Isabel</i> Trabajador No 4: <i>Isabel</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
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antilíquidos	C	C
8	Protector Auditivo	C	C
9	Delantal Plástico	C	C
10	Delantal en PVC	C	C
11	Botas	C	C
12	Traje Especial	C	C
13	Otro ( )	C	C
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvio		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
Estándares a evaluar			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abri/2020		Versión: 002	
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
5	Siempre descarta los cortopunzantes 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 ornatos y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Cumplido	100%	100%	100%
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 = 100%			

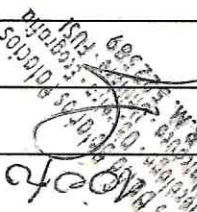
 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> <b>Código: SST-FR-090</b> <b>Fecha: 8/Abril/2020</b> <b>Versión: 002</b>		<b>Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad</b>	
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> Dr. Monica Reyes		<b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> 04 Sep 2020	
<b>SERVICIO</b> S. de RENTOS		<b>TURNO</b> M	
<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> 1		<b>Trabajador No 1</b> Cleudal q	
<b>Trabajador No 2</b> Busang		<b>Trabajador No 3</b> Da lo pay	
<b>Trabajador No 4</b> Da lo pay		<b>Trabajador No 5</b> Da lo pay	
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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	Gautes	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 ( )		
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvio		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
<b>Estándares a evaluar</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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, eficiencia N95, gafas y guantes, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

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


CLÍNICA NUESTRA SERVICIO 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					
CARGO		Sandra Guerrero			
FECHA DE INSPECCIÓN		30/09/20			
SERVICIO		Partos			
TURNO		M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Monica Chacon Trabajador No 2: Susana Eraso Trabajador No 3: John Alvarado Trabajador No 4: Andres Gomez			
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 Mascalla Convencional 5 Respirador N 95 6 Guantes 7 Bata Antibulidos 8 Protector Auditivo 9 Delantal Plástico 10 Delantal en PVC 11 Bata 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: Mascalla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados		CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados		CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
FIRMA DEL COLABORADOR		FIRMA DEL COLABORADOR		FIRMA DEL COLABORADOR		FIRMA DEL COLABORADOR	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		TOTAL ITEMS OBSERVADOS		TOTAL ITEMS OBSERVADOS		TOTAL ITEMS OBSERVADOS	
5	Siempre descarta los copropunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, 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 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		 Susana					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 100 %					

Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002									
<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad <b>CLÍNICA NUESTRA</b> <b>SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>													
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:</b> <i>Alma J. Rodríguez</i> <b>CARGO:</b> <i>Supervisor</i> <b>FECHA DE INSPECCIÓN:</b> <i>26/05/2020</i> <b>SERVICIO:</b> <b>TURNO:</b> <i>M</i> <b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO:</b> <i>1</i> <b>TRABAJADORES OBSERVADOS:</b> <table border="1"> <tr> <td>Trabajador No 1</td> <td>Trabajador No 2</td> <td>Trabajador No 3</td> <td>Trabajador No 4</td> </tr> <tr> <td><i>Paula 2</i></td> <td><i>Alondra 2</i></td> <td><i>Alondra 2</i></td> <td><i>Alondra 2</i></td> </tr> </table>						Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	<i>Paula 2</i>	<i>Alondra 2</i>	<i>Alondra 2</i>	<i>Alondra 2</i>
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4										
<i>Paula 2</i>	<i>Alondra 2</i>	<i>Alondra 2</i>	<i>Alondra 2</i>										
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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	NA	NA	NA	NA								
5	Respirador N 95	C	C	C	C								
6	Guantes	C	C	C	C								
7	Bata Antibióticos	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 ( )												
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b> <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN													
1	Elemento dañado												
2	No Disponible												
3	Olvído												
4	Desconoce Estándar												
5	Otras Observaciones:												
<b>Estándares a evaluar</b> <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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, guantes, gafas y gorro.	SI	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/Abril/2020		Versión: 002	
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrando, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	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
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
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza con suela antideslizante.	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
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR									
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4							
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4							
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.		Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							

<b>CLÍNICA NUESTRA</b> SEÑORA DE LOS REMEDIOS		<b>Código:</b> SST-FR-090 <b>Fecha:</b> 8/Abn/2020 <b>Versión:</b> 002	
<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad			
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> Elizabeth Cordero		<b>CARGO</b> Enfermera	
<b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> 11/02/20		<b>SERVICIO</b> Partos	
<b>TURNO</b> M		<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> N	
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>			
Trabajador No 1 Escabel Pesalta	Trabajador No 2 Ruby Aguilar	Trabajador No 3 Alfonso Briceño	Trabajador No 4 Rafael Hircano
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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 Antibullos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	C
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial		
13	Otro ( )		
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvio		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
<b>Estándares a evaluar</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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

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

<b>CLÍNICA NUESTRA</b> SENORA DE LOS REMEDIOS		<b>Código:</b> SST-FR-090 <b>Fecha:</b> 8/Abn/2020 <b>Versión:</b> 002	
<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:</b> Paqueline Barco			
<b>CARGO:</b> Enkima			
<b>FECHA DE INSPECCIÓN:</b> 5-10/20			
<b>SERVICIO:</b> Partos			
<b>TURNO:</b> M			
<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO:</b>			
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS:</b>			
Trabajador No 1 Paola Zapata		Trabajador No 2 Lady	
Trabajador No 3 Hebert Acosta		Trabajador No 4 Guillermo Martinez	
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>			
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 Antibullos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	C
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial		
13	Otro ( )		
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvio		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
<b>Estándares a evaluar</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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, 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		Código: SST-FR-090	Fecha: 8/Abril/2020	Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar, 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 ornitos 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		10 %	100 %	100 %	100 %	100 %
FIRMA DEL COLABORADOR						
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4				
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4				
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/total Observados*100		4/4 100 %				