



CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: ST-FR-047

Formato: Entrega de Elementos de Protección Personal

Fecha: 17/Junio/2014

Me comprometo a utilizar los elementos de protección que me han sido suministrados para el desempeño de mis funciones y actividades dentro del área de trabajo. He sido instruido sobre la manera correcta de su uso y mantenimiento; igualmente me comprometo a mantenerlos en buen estado y reportar cualquier anomalía al jefe inmediato, para su reposición.

FECHA DE ENTREGA			NOMBRE TRABAJADOR	AREA	NOMBRE DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	CANTIDAD	FIRMA
D	M	A					
13	10	2020	Diana Juarez	Hosp. 6to	TAPABACKS N.95	1	Diana Juarez
14	10	2020	Diego J. Ocampo	Hosp 6to piso	Mascarilla N.95	1	Diego J. Ocampo
15	10	2020	Estefania Munoz	Hosp. 6to piso	Mascarilla N.95	1	Estefania M.
15	10	2020	Ulises Repiano	Hosp-6 Pdo	Mascarilla N.95	1	Ulises R.
15	10	2020	Alexander Balle	Hosp. 6to	Mascarilla N.95	1	Alexander B.
15	10	2020	Monadel R.	Hosp. 5to	Mascarilla N.95	1	Monadel R.
15	10	2020	Cristina Alvarez	Hosp 6	Mascarilla N.95	1	Cristina A.

Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad

Código: SST-FR-109

Fecha: 12/Junio/2020

Versión: 001

FECHA DE ENTREGA			Higiene de manos	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor /Caret	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antiflujo	Bata Antiflujo	Guaantes	Polainas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A													
11	10	20	SI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	San Juan	
11	10	20	SI	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	San Juan	
11	10	20	SI	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	San Juan	
11	10	20	SI	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	San Juan	
12	10	20	SI	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	San Juan	
12	10	20	SI	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	San Juan	
12	10	20	SI	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	San Juan	
12	10	20	SI	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	San Juan	
14	10	20	SI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	San Juan	
15	10	20	SI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	San Juan	
15	10	20	SI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	San Juan	
15	10	20	SI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	San Juan	

Me comprometo a utilizar los elementos de protección que me han sido suministrados para el desempeño de mis funciones y actividades dentro del área de trabajo. He sido instruido sobre la manera correcta de su uso y mantenimiento; igualmente me comprometo a mantenerlos en buen estado y reportar cualquier anomalía al jefe inmediato, para su reposición.

Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad

Código: SST-FR-109
Fecha: 12/Junio/2020
Versión: 001

FECHA DE ENTREGA			Higiene de manos	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor / Careta	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antifluído	Bata Antifluído	Guantes	Polainas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A													
9	10	20	1	1	1	1	0	1	1	1	1	S1	2	Emilia	
9	10	20	1	1	1	1	0	1	1	1	1	S1	2	Brandon G.	
9	10	20	1	1	1	1	0	1	1	1	1	S1	2	Christian B.	
9	10	20	1	1	1	1	0	1	1	1	2	S1	2	Klausiret	
9	10	20	1	1	1	1	0	1	1	1	2	S1	2	(Diana)	
9	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	Alfonso B.	
9	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	Juan Sebastian	
9	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	Verónica Ortega	
10	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	Juan K.	
10	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	Brandon.	
10	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	Juan C.	
10	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	Johand.	
10	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	Valter	
11	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	Sebastián	
10	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	Diego	
10	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	Diana	
11	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	María	
11	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	María	
11	10	20	1	1	1	1	1	1	1	1	2	S1	2	María	

Me comprometo a utilizar los elementos de protección que me han sido suministrados para el desempeño de mis funciones y actividades dentro del área de trabajo. He sido instruido sobre la manera correcta de su uso y mantenimiento; igualmente me comprometo a mantenerlos en buen estado y reportar cualquier anomalía al jefe inmediato, para su reposición.

Formulario: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Diana G. Jimenez H.		CARGO Gerente	
FECHA DE INSPECCIÓN Octubre 12 - 2020		SERVICIO Hosp.	
TURNO M		PROCEIMIENTO OBSERVADO N	
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Jovana Trabajador No 2: Vinanza Trabajador No 3: Juan Carlos Trabajador No 4: Susana		Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:			
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	Gautes	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
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, guantes, gafas y gorro.	SI	SI