

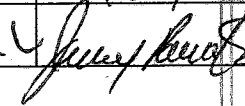



04 DIC 2020

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		Viana Isabel Troncoso			
CARGO		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN		04 DIC 2020			
SERVICIO		CIATARR			
TURNOS		M	T	N	X
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Eduard	Dora	Milena	Tenny
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	C
5	Respirador N 95	NA	NA	NA	NA
6	Gaúfres	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

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>					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			Doer	Milenal	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


04 DIC 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		Silvia Quintana Lopez			
CARGO		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN		Diciembre 4-2020			
SERVICIO		Clamox			
TURNO		M <u>A</u> T <u>A</u> N <u></u>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Elisana Gomez	Huda Renteria	Diana Pena	Leydi Bolano
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	NA	NA	C
5	Respirador N 95	NA	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	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

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>					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		Elisno G	[Firma]	Diana P.	24/11/8
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


05 DIC 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		M	T	N	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Luz A	VALENT	DIANA	ANGIE
Uso 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	SI
2	Gafas de Seguridad	SI	SI	SI	SI
3	Careta y/o Visor	NO	NO	NO	NO
4	Mascarilla Convencional	SI	SI	SI	SI
5	Respirador N 95	NO	NO	NO	NO
6	Guantes	SI	SI	SI	SI
7	Bata Antifluidos	NO	NO	NO	NO
8	Protector Auditivo	NO	NO	NO	NO
9	Delantal Plástico	NO	NO	NO	NO
10	Delantal en PVC	NO	NO	NO	NO
11	Botas	NO	NO	NO	NO
12	Traje Especial	NO	NO	NO	NO
13	Otro ( )	NO	NO	NO	NO
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

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>					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		Angeles	Valencia		Angie A.
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

05 DIC 2020

CÚNICA 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	D. Omar B. B. B.				
CARGO	Agente de Limpieza				
FECHA DE INSPECCION	8/11/2020				
SERVICIO	C. C. C.				
TURNOS	M	T	N		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	
	Silvia Quintana Hada	Arday	Arday	Arday	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	S	S	S	S
2	Gafas de Seguridad	S	S	S	S
3	Casaca y/o Visor	NO	NO	NO	NO
4	Mascarilla Convencional	SI	SI	SI	SI
5	Respirador N 95	SI	NO	NO	NO
6	Gaúfles	SI	SI	NO	NO
7	Bata Antifluidos	NO	NO	NO	NO
8	Protector Auditivo	NO	NO	NO	NO
9	Delantal Plástico	NO	NO	NO	NO
10	Delantal en PVC	NO	NO	NO	NO
11	Botas	NO	NO	NO	NO
12	Traje Especial	NO	NO	NO	NO
13	Otro ( )	NO	NO	NO	NO
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

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>					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>Silvia</i>	<i>prof. 204418</i>	<i>204418</i>	<i>Silvio Araya</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					



06 DIC 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		Anyi Tatiana Arce			
CARGO		Auxiliar Enfermería			
FECHA DE INSPECCIÓN		06-Dic-2020			
SERVICIO		Cicuar			
TURNOS		M	T	N	X
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Nelena	Alexa	Edwar	Anyi
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	NA	C	NA	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
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 ( )	NA	NA	NA	NA
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la 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

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		Milena L	[Firma]	[Firma]	Angie Ace
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

06 DIC 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		Eliona Gómez			
CARGO		Supervisor			
FECHA DE INSPECCIÓN		XII-06/2020			
SERVICIO		CIAMAR			
TURNO		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Diona Trochez Trabajador No 2: Jenny X. Pona Trabajador No 3: Elsa Morales Trabajador No 4: Cruz Cardona			
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	C	C	C
5	Respirador N 95	C	NA	NA	NA
6	Gaúfres	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

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>					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>x Diana Trochez</i> <i>Elsa M</i> <i>x elur</i>			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

07 DIC 2020

CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-050

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

Fecha: 6/ABR/2020

Versión: 02

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:

Viana Isabel Trochet

SARGO:

Enfermera + DIC-20

FECHA DE INSPECCIÓN:

CIAMAR

SERVIDIO:

CIAMAR

EMPRESA:

CIAMAR

PROCEDIMIENTO OBSERVADO:

N

T

N

X

TRABAJADORES OBSERVADOS:

Trabajador No 1  
Marta C.Trabajador No 2  
CruzTrabajador No 3  
Mónica

Trabajador No 4

Uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

SI CUMPLE

NO: NO CUMPLE

NTI: NO TIENE

NA: NO APLICA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Gorro	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	Gafas de Seguridad	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	Careta y/o Visor	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	Respirador N 95	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
6	Guantes	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

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


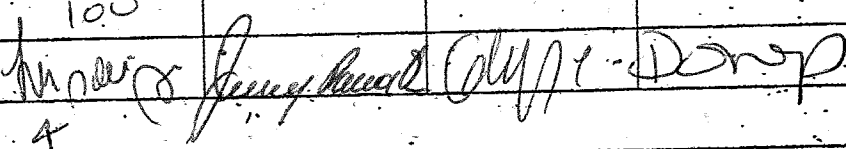
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: TRABAJADOR UNO NA-SEGUNDO CASO

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/ABR/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 guardín 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	Manténse al lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	/
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornatos 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		10	10	10	/
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	/
FIRMA DEL COLABORADOR		Morad	crur	MD	/
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		3			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		3			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

07 DIC 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: 032
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:		Luz Irene Nolasco			
CARGO:		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN:					
SERVIDIO:		Clamay			
TURNO:		M <u>X</u> T <u>X</u> N <u>  </u>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1 Luz Aida	Trabajador No 2 Yenny Parra	Trabajador No 3 Gladys C	Trabajador No 4 Dora P
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 Vaso	NA	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	NA	NA	NA	NA
6	Gantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NT	NA	NT	NT
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:		SI SI SI SI			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amata 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

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020
					Verión: 002
6	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI
8	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	Mantenga el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ojitos y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: aretes, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
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		100			



08 DIC 2020

CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

Formador: Lista de Verificación sobre el uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

Fecha: 8/Abril/2020


Versión: 032

NOMBRE DEL QUE INSPECCIONA:		Valentina E.			
CARGO:		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN:		08/12			
SERVIDOR:		CIAMAR			
LUGAR:		N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> X			
PROCESAMIENTO DE SERVIDOR:					
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Lady	Valentina	Angie	Jenny
Uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		CUMPLE	NO CUMPLE	NI NO TIENE	NA: NO APLICA
1	Gorro	C	C	C	C
2	C	C	C	C	
3	NA	NA	NA	NA	
4	C	C	C	C	
5	NA	NA	NA	NA	
6	C	C	C	C	
7	NA	NA	NA	NA	
8	NA	NA	NA	NA	
9	NA	NA	NA	NA	
10	NA	NA	NA	NA	
11	NA	NA	NA	NA	
12			NA	NA	
13					
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal:					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCIÓN			
1					
2					
3					
4					
5					
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: TRABAJADOR NO NA: SEÑALADO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amaia 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 Bioseguridad					Fecha: 8/ABR/2020
					Versión: 002
5	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reocapsular agujas y doblar o perforar cuchillas.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardín 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		Jenny G	Valeteca	Any. A	Jenny G
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

08 DIC 2020  
09 DIC 2020

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación sobre el uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:		Eliono Gómez			
CARGO:		Enfermero			
FECHA DE INSPECCIÓN:		08 DIC 2020			
SERVICIO:		CIAMAR			
TURNO:		N <u>8</u> T <u>X</u> N			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Silvia	Elsa	Ompira	Alexa
Usar Elementos de Protección Personal y Equipamiento					
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	C
5	Respirador N 95	NA	NA	NA	NA
6	Guantas	C	C	C	C
7	Bata Antisépticas	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	Tela Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )				
Razón de No Usar Elementos de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCIÓN			
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Otro				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NA: SEGUN CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no realiza lavado de manos.	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
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	S	S	S	S
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aire 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 pelo.	S	S	S	S

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>					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 recontaminar agujas y doblar o perforar agujas.	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardín 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		Silvia R.		Quini	Alexa
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

09 DIC 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: 032			
NOMBRE DEL QUE REALIZA LA INSPECCIÓN: <i>[Firma]</i>					
CARGO: <i>[Firma]</i>					
FECHA DE INSPECCIÓN: <i>11/04/2020</i>					
SERVIDOR: <i>RAMOS</i>					
DIRECCIÓN: <i>N</i>		<i>T</i>		<i>N</i>	
PROCESAMIENTO DEL SERVIDOR: <i>N</i>					
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1 <i>Eloca</i>	Trabajador No 2 <i>Edward</i>	Trabajador No 3	Trabajador No 4
Uso de Elementos de Protección Personal y Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NO: NO CUMPLE NTI: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	<i>C</i>	<i>NT</i>		
2	Gafas de Seguridad	<i>C</i>	<i>NT</i>		
3	Careta y/o Vap	<i>NT</i>	<i>NT</i>		
4	Mascarilla Convencional	<i>C</i>	<i>C</i>		
5	Respirador N 95	<i>NT</i>	<i>NT</i>		
6	Guantas	<i>C</i>	<i>C</i>		
7	Bata Anticorrosivos	<i>NA</i>	<i>NA</i>		
8	Protector Auditivo	<i>NA</i>	<i>NA</i>		
9	Delantal Plástico	<i>NA</i>	<i>NA</i>		
10	Delantal en PVC	<i>NA</i>	<i>NA</i>		
11	Botas	<i>NA</i>	<i>NA</i>		
12	Tijera Especial	<i>NA</i>	<i>NA</i>		
13	Otro ( )				
Razón de No Cumplimiento de Elementos de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Otro				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NO: NO CUMPLE NA: NO APLICA					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amaiza lavado de manos.	<i>Si</i>	<i>Si</i>		
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	<i>Si</i>	<i>Si</i>		
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para: minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	<i>Si</i>	<i>Si</i>		
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.	<i>Si</i>	<i>Si</i>		

CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS				Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/12/2020	
				Versión: 002	
5	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando recontaminar agujas y doblar o partir cuchillas.	hi	hi		
6	Verifica el estado del guardín antes de su uso.	hi	hi		
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	hi	hi		
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	hi	hi		
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ojitos y con suela antideslizante.	hi	hi		
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	hi	hi		
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%			
FIRMA DEL COLABORADOR		Elva M.			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		2			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		2			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

09 DIC 2020

CÚMULA NUESTRA SEÑORA DE LOS REINOLIOS		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 DEL OBRERO SECCIONA:					
CARGO:					
FECHA DE INSPECCIÓN:					
SERVIDOR:					
DIRECCIÓN: N _____ T _____ N _____					
PROCESAMIENTO DE SERVIDOR:					
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
Trabajador No 4		Trabajador No 5		Trabajador No 6	
Dora		Diana Tr		Luz	
Alexa					
Uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
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	NA	C	C
5	Respirador N 95	NA	C	NA	NA
6	Guañas	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	Tijera Especial	NA	NA	NA	NA
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: SI: SI NO: NA: SEGÚN CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no efectúa 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 poyo.	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 Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020			
		Versión: 002			
6	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reaccaptular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
8	Verifica el estado del guardín 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
8	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		Diana Trichey Arroyo			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					



FORMATOR		FECHA DE EMISIÓN		CÓDIGO	
Formador: Lista de Verificación referente al uso de Elementos de Protección Personal y Elnseguridad		Fecha: 10-12-2020		Versión: 002	
NOMBRE DEL TRABAJADOR:					
Alinea M. Lerma					
FECHA DE OBSERVACIÓN:					
10- DICIEMBRE - 2020					
LUGAR DE OBSERVACIÓN:					
CSAMAP					
MATERIAL DE PROTECCIÓN PERSONAL:					
E T A X					
OBSERVACIONES DEL SERVIDOR:					
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
Alexa		Mary		Diana	
Trabajador No 4					
Mitena					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:					
	CUMPLE	NO CUMPLE	NI/NOTIENE	NA/NO APLICA	
1	Gorro	C	C	NA	NA
2	Gafas de Seguridad	C	C	NA	NA
3	Cascos tipo Vapo	NA	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	NA	C	C
5	Respirador N95	NA	C	NA	NA
6	Guardias	C	C	C	C
7	Bata Anticorrosiva	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Detector Pieléctrico	NA	NA	NA	NA
10	Detector en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Rollos	NA	NA	NA	NA
12	Tela Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:					
	SÍ	NO	SIEMPRE CON UNA O MÁS OPCIONES		
1	Herramienta dañada				
2	No Disponible				
3	Chido				
4	Derechos Humanos				
5	Otras Observaciones				
Estándares a evaluar					
ESTÁNDAR DE EVALUACIÓN:					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la higiene adecuada si no amaba 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 adecuadas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, exudados o contaminación.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Alto o por gotas; Mascarilla quirúrgica, guardias, paños. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guardias. *Aislamiento por contacto; Bata, guantes, gafas y porta.	Si	Si	Si	Si

CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-050
Formato Lista de Verificación referente al uso de Elementos de Protección Personal y Seguridad					Fecha: 04/11/2020
					Versión: 022
6	Siempre desecha los contaminantes inmediatamente al terminar el procedimiento, lavándose, evitando recontaminar agujas y otros o partir alfileras.	SI	SI	SI	SI
8	Verifica el estado del guanti 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 cubre bocas cerrados, sin orificios y con suela antipolvo.	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		100%	100%	100%	100%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Diana P. Milena L.			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO I.N.C. Trabajadores que cumplen Total Trabajadores Observados 100		100%			

10 DIC 2020

CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS


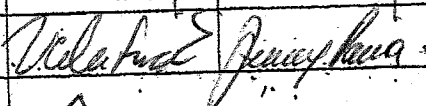
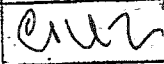

Código: SST-FR-090

Formador Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

NOMBRE DEL OBSERVADOR: Silvia Quinajar Lopez					
CARGO: Enfermera					
FECHA DE INSPECCIÓN: 07/04/2020					
LUGAR: Clínica					
NOMBRE: N		T		N	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Valentina Escobar	Trabajador No 2 Jenny Porra	Trabajador No 3 Cruz Cordoba	Trabajador No 4 Elina Gomez	
Uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NO CUMPLE NI NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	SI	SI	SI	NO
2	Gafas de Seguridad	SI	SI	SI	SI
3	Careta y/o Visor	NO	NO	NO	NO
4	Mascarilla Convencional	SI	SI	SI	SI
5	Respirador N 95	NO	NO	NO	NO
6	Guantes	SI	SI	SI	SI
7	Bata Antifluidos	NO	NO	NO	NO
8	Protector Auditivo	NO	NO	NO	NO
9	Delantal Plástico	NO	NO	NO	NO
10	Delantal en PVC	NO	NO	NO	NO
11	Botas	NO	NO	NO	NO
12	Tapa Especial	NO	NO	NO	NO
13	Otro ( )				
Razón de No Uso de Elementos 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: CUMPLE NO CUMPLE NA: NO APLICA					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no existe 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 Alto 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

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>				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 desecha 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 guardín 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 ÍTEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ÍTEMS 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					
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen / Total Trabajadores Observados * 100					