


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	GLORIA JARAMILLO				
CARGO	GESTOR DE CALIDAD				
FECHA DE INSPECCIÓN	DICIEMBRE 07/2020				
SERVICIO	CALIDAD				
TURNOS	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 DANIELA MOLINA	Trabajador No 2 VANNESA MINA	Trabajador No 3 MILEYDI CORDOBA	Trabajador No 4 GISEL QUENAN	
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				
3	Careta y/o Visor				
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95				
6	Guantes				
7	Bata Antifluidos				
8	Protector Auditivo				
9	Delantal Plástico				
10	Delantal en PVC				
11	Botas				
12	Traje Especial				
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	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.	NA	NA	NA	NA
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.	NO	NO	NO	NO
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		9	9	9	9
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		9	9	9	9
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>Daniela Molina Vanessa Mina Alvaro Cardona Gisela Quiroz</i>			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		Todas las colaboradoras cumplen			




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	GLORIA JARAMILLO				
CARGO	GESTOR DE CALIDAD				
FECHA DE INSPECCIÓN	DICIEMBRE 09/2020				
SERVICIO	CALIDAD				
TURNOS	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 DANIELA MOLINA	Trabajador No 2 VANNESA MINA	Trabajador No 3 MILEYDI CORDOBA	Trabajador No 4 GISEL QUENAN	
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				
3	Careta y/o Visor				
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95				
6	Guantes				
7	Bata Antifluidos				
8	Protector Auditivo				
9	Delantal Plástico				
10	Delantal en PVC				
11	Botas				
12	Traje Especial				
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvído				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI



 <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.	NA	NA	NA	NA
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.	NO	NO	NO	NO
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		9	9	9	9
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		9	9	9	9
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>Daniela Molina</i> <i>Vanessa Shirohiki Cordoba</i> <i>Gloria</i>			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		Todas las colaboradoras cumplen			



 <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		
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	GLORIA JARAMILLO			
CARGO	GESTOR DE CALIDAD			
FECHA DE INSPECCIÓN	DICIEMBRE 10/2020			
SERVICIO	CALIDAD			
TURNO	M <u>  X  </u>	T <u>  X  </u>	N <u>      </u>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 <b>DANIELA MOLINA</b>	Trabajador No 2 <b>ELIAN MORENO</b>	Trabajador No 3 <b>GISEL QUENAN</b>	Trabajador No 4
<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	C	C	C
2	Gafas de Seguridad			
3	Careta y/o Visor			
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95			
6	Guantes			
7	Bata Antifluidos			
8	Protector Auditivo			
9	Delantal Plástico			
10	Delantal en PVC			
11	Botas			
12	Traje Especial			
13	Otro ( )			
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: 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>				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO				
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio/Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI




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

Fecha: 8/Abril/2020


Versión: 002

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	NA	NA	NA	
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	NO	NO	NO	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		9	9	9	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		9	9	9	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	
FIRMA DEL COLABORADOR		Daniela Molina	Elton Moreno	Geel Quenan	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		Todas las colaboradoras cumplen			



 <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				
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		GLORIA JARAMILLO		
CARGO		GESTOR DE CALIDAD		
FECHA DE INSPECCIÓN		DICIEMBRE 11/2020		
SERVICIO		CALIDAD		
TURNO		M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 DANIELA MOLINA	Trabajador No 2 ELIAN MORENO	Trabajador No 3 MILEYDI CORDOBA Trabajador No 4 GISEL QUENAN	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	C	C	C
2	Gafas de Seguridad			
3	Careta y/o Visor			
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95			
6	Guantes			
7	Bata Antifluidos			
8	Protector Auditivo			
9	Delantal Plástico			
10	Delantal en PVC			
11	Botas			
12	Traje Especial			
13	Otro ( )			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible			
3	Olvido			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO				
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	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



 <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.	NA	NA	NA	NA
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.	NO	NO	NO	NO
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		9	9	9	9
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		9	9	9	9
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>Daniela Molina</i> <i>Elian Moreno</i> <i>Milendy Cortes</i> <i>Graciela Quirón</i>			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		Todas las colaboradoras cumplen			



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-109
Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad		Fecha: 12/Julio/2020 Versión: 001

FECHA DE ENTREGA			Huella de mano	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor/Careta	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antifluído	Bata Antifluído	Guantes	Polainas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A													
7	12	20				X								Guerrero	
7	12	20				X								Varela	
7	12	20			X	X								Daniela Molina	
9	12	20				X								Guerrero	
9	12	20				X								Miranda	
9	12	20			X	X								Guerrero	
9	12	20				X								Varela	
9	12	20				X								Daniela Molina	
10	12	20				X								Guerrero	
10	12	20				X								Daniela Molina	
10	12	20				X								Guerrero	
10	12	20		X	X	X								Guerrero	
11	12	20				X								Guerrero	
11	12	20				X		X						Elon Moreno	
11	12	20				X								Miranda	
11	12	20												Guerrero	
11	12	20				X								Daniela Molina	

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.



