

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	Santiago Ruiz Pizarro				
CARGO	Instrumentador Quirúrgico				
FECHA DE INSPECCIÓN	12/12/2020				
SERVICIO	Cx				
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Lorena	Trabajador No 2 Dajana	Trabajador No 3 Dr. Cifuentes	Trabajador No 4 Dr. Del Castillo	
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	NC	C
3	Careta y/o Visor	C	NA	NC	C
4	Mascarilla Convencional	NA	C	NA	C
5	Respirador N 95	C	C	C	NA
6	Guantes	C	NC	C cumple	C
7	Bata Antifluidos	C	NA	NA	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	C
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		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 reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	51	51	51	51	51	51	51	51
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	51	51	51	51	51	51	51	51
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	51	51	51	51	51	51	51	51
8	Mantene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	51	51	51	51	51	51	51	51
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornatos y con suela antideslizante.	51	51	51	51	51	51	51	51
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	51	51	51	51	51	51	51	51
TOTAL ITEMS OBSERVADOS									
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN									
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO									
FIRMA DEL COLABORADOR		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> </div> <div> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> </div> <div> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> </div> <div> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> <p>51</p> </div> </div>							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4							
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100									

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020- Versión: 002		
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Jenny Herman			
CARGO	Box room Cx			
FECHA DE INSPECCIÓN	10 diciembre del 2020			
SERVICIO	Cirugía			
TURNOS	M	T	N	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Lorena S.	Trabajador No 2 Lorena P.	Trabajador No 3 Diana V.	
	Trabajador No 4 Carlos C.			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Gantes	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	Botas	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA
13	Otro ()			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible			
3	Olvido			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO				
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/total	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
FIRMA DEL COLABORADOR	Loena Sanchez Luis Pulver Diana Guevara Lorena Guevara
Porcentaje de cumplimiento	100% 100% 100% 100%
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	10 10 10 10
TOTAL ITEMS OBSERVADOS	10 10 10 10
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin oficios y con suela antideslizante.
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.

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

Versión: 002

Fecha: 8/Abril/2020

Código: SST-FR-090

CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

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 cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, 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 calzado cerrado, sin orificios y 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		Diana V. Cruz V.		Cindy K. P. Cruz V.		Cindy K. P. Cruz V.		Cindy K. P. Cruz V.	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4 cuartos		4 cuartos		4 cuartos		4 cuartos	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4 cuartos		4 cuartos		4 cuartos		4 cuartos	
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total		100		100		100		100	

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Jenny Guzman				
CARGO	Aux. adm. Cr				
FECHA DE INSPECCIÓN	07 diciembre 2020				
SERVICIO	Cirugia				
TURNOS	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Erlly	Trabajador No 2 Catalina	Trabajador No 3 Dalia	Trabajador No 4 Astrid	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	N/A	N/A	N/A	N/A
9	Delantal Plástico	N/A	N/A	N/A	N/A
10	Delantal en PVC	N/A	N/A	N/A	N/A
11	Botas	N/A	N/A	N/A	N/A
12	Traje Especial	N/A	N/A	N/A	N/A
13	Otro ()	N/A	N/A	N/A	N/A
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

CÓDIGO: SST-FR-090		FECHA: 8/Abn/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, 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 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		El/ colaborador Catalina Dela HST/ndc			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total					