



|   |  |  |   |    |
|---|--|--|---|----|
|  <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<br>Versión: 002    |   |    |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   | GLORIA JARAMILLO   |  |   |    |
| CARGO   | GESTOR DE CALIDAD  |  |   |    |
| FECHA DE INSPECCIÓN   | DICIEMBRE 28 /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<br><b>DANIELA MOLINA</b>   | Trabajador No 2<br><b>ELIAN MORENO</b> | Trabajador No 3<br><b>MILEYDI CORDOBA</b><br>Trabajador No 4<br><b>GISEL QUENAN</b> |    |
| 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*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   |   | Daniela Molina                  | Elisan Moreno | Milicly Cortez | Gisel Quenon        |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS   |   | 4                               |               |                |                     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |   | 4                               |               |                |                     |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100  |   | Todas las colaboradoras cumplen |               |                |                     |



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

[illegible]

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.

