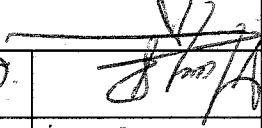
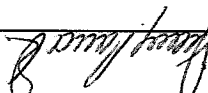


<b>29 ENE 2021</b> CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abri/2020 Versión: 002		<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad	
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> Monica Lino		<b>FECHA DE INSPECCION</b> 29/01/2021	
<b>SERVICIO</b> (Cambio)		<b>TURNO</b> M	
<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> (Cambio)		<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b> Trabajador No 1: Mary Trabajador No 2: Elba Trabajador No 3: Milena Trabajador No 4: Dr. Margarita Zamamilla	
<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
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
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.	C	C
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	C	C
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	C	C

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, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	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
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	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
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%					
FIRMA DEL COLABORADOR		 Milena L. HERNANDEZ					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS							
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							

Formulario: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> NORA DEL CARMEN MONCADA GURBANO		<b>CARGO</b> Jefe enfermería	
<b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> 29-01-2021		<b>SERVICIO</b> QIQUER	
<b>TURNO</b> M		<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> M	
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>		<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>	
<b>Trabajador No 1</b> Jenny Daza	<b>Trabajador No 2</b> Luz Irene Hidalgo	<b>Trabajador No 3</b> Silvia Quinayas	<b>Trabajador No 4</b> Cruz Cortez
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA		<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION	
1 G	1 G	1 G	1 G
2 G	2 G	2 G	2 G
3 NA	3 NA	3 NA	3 NA
4 SC	4 NA	4 C	4 C
5 C	5 C	5 C	5 C
6 NA	6 NA	6 NA	6 NA
7 NA	7 NA	7 NA	7 NA
8 NA	8 NA	8 NA	8 NA
9 NA	9 NA	9 NA	9 NA
10 NA	10 NA	10 NA	10 NA
11 NA	11 NA	11 NA	11 NA
12 NA	12 NA	12 NA	12 NA
13 Otro ( )	13 NA	13 NA	13 NA
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>		<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION	
1 Elemento dañado	1 Elemento dañado	1 Elemento dañado	1 Elemento dañado
2 No Disponible	2 No Disponible	2 No Disponible	2 No Disponible
3 Olvido	3 Olvido	3 Olvido	3 Olvido
4 Desconoce Estándar	4 Desconoce Estándar	4 Desconoce Estándar	4 Desconoce Estándar
5 Otras Observaciones:	5 Otras Observaciones:	5 Otras Observaciones:	5 Otras Observaciones:
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO		<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO	
1 Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	1 Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	1 Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	1 Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.
2 Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al el final del mismo.	2 Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al el final del mismo.	2 Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al el final del mismo.	2 Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al el final del mismo.
3 Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	3 Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	3 Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	3 Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.
4 Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	4 Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	4 Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	4 Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.


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 reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza cazado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		 Jency Juvada Jency H. Siles GUZ	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4	
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Observados *100		100%	

30 ENE 2021		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/ABR/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad									
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		CARGO		FECHA DE INSPECCIÓN		SERVICIO		TURNO	
MONTA		H2		MONTA		MONTA		MONTA	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3		Trabajador No 4	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Eliana		Luz A		Eliana		Diana	
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	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C	C	C
6	Gaules	C	C	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antibuñidos	C	C	C	C	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C	C	C	C	C	C
9	Delantal Plástico	C	C	C	C	C	C	C	C
10	Delantal en PVC	C	C	C	C	C	C	C	C
11	Botas	C	C	C	C	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C	C	C	C	C
13	Otro ( )	C	C	C	C	C	C	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.	C	C	C	C	C	C	C	C
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C	C	C	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	C	C	C	C	C	C	C	C
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.	C	C	C	C	C	C	C	C

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.	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 officios 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							
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10							
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%							
FIRMA DEL COLABORADOR		Elisabet		Elsa H.		Diana			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4							
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.									
Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100									

<b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> Código: SST-FR-090      Fecha: 8/Abri/2020      Versión: 002		<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad	
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		<b>CARGO</b> TECNICO DE BIOMEDIO	
<b>FECHA DE INSPECCION</b> 30-Ene-2020		<b>SERVICIO</b> M	
<b>TURNO</b> M		<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> N	
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>		<b>Usd de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>	
Trabajador No 1 Manuel Rodas	Trabajador No 2 Milena	Trabajador No 3 Dany	Trabajador No 4
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> C: CUMPLE    NC: NO CUMPLE    NT: NO TIENE    NA: NO APLICA			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	SI	SI
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ( )		
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvído		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
<b>Estándares a evaluar</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> MARQUE SI NO NA SEGUN 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 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. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
FIRMA DEL COLABORADOR	3 Milena L. Bucaram
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100%
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	10
TOTAL ITEMS OBSERVADOS	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 orificios 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.

 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



31 ENE 2021

<b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> Código: SST-FR-090      Fecha: 8/Abril/2020      Versión: 002		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad	
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> M. M. M.		<b>CARGO</b> M. M. M.	
<b>FECHA DE INSPECCION</b> 31 ENE 2021		<b>SERVICIO</b> M. M. M.	
<b>PROCESAMIENTO OBSERVADO</b> M. M. M.		<b>TURNO</b> M. M. M.	
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b> Trabajador No 1: <i>Chang</i> Trabajador No 2: <i>Mam</i> Trabajador No 3: <i>Angi</i> Trabajador No 4:			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACION:</b> C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	NA	NA
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ( )		
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACION:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvio		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
<b>Estándares a evaluar</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACION:</b> MARQUE SI, NO NA SEGUN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	C	C
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	C	C
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.	C	C

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020			
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	
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.	Si	Si	Si	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%			
FIRMA DEL COLABORADOR		Eliana R. Aguila			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		1			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		1			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Observados*100					

31 ENE 2021

<b>CLÍNICA NUESTRA</b> SEÑORA DE LOS REMEDIOS		<b>Código:</b> SST-FR-090	<b>Fecha:</b> 8/Abn/2020	<b>Versión:</b> 002
<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> Jenny Jara				
<b>CARGO</b> Inspector de Limpieza				
<b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> 8/Abn/2020				
<b>SERVICIO</b> Climatización				
<b>TURNO</b> M				
<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> M X T X N				
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>				
Trabajador No 1		Hanae		
Trabajador No 2		Diana		
Trabajador No 3		Silvia		
Trabajador No 4		Luz Irene		
<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>				
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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	Gaúfres	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C
9	Delantal Plástico	C	C	C
10	Delantal en PVC	C	C	C
11	Botas	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C
13	Otro ( )	C	C	C
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>				
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible			
3	Olvído			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
<b>Estándares a evaluar</b>				
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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 empacando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, gotas, salpicaduras o aerosoles.	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, gaúfres, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	Fecha: 8/Abril/2020	Versión: 002
5	Siempre desecha los contropunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	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
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin officios y con suela antideslizante.	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
		TOTAL ITEMS OBSERVADOS	10	TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	10	10
			1000%		1000%	1000%
		FIRMA DEL COLABORADOR	M. J. J. J.	1000%	1000%	1000%
		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	4	TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN	4	4
		CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total	4			

01 FEB 2021

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/ABR/2020	Versión: 002
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <u>Jenny Lopez</u>					
CARGO: <u>Gerente Responsables</u>					
FECHA DE INSPECCIÓN: <u>01 FEB 2021</u>					
SERVICIO: <u>CLINICA</u>					
TURNO: <u>M</u>					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: <u>CLINICA</u>					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		<u>Eliona</u>	<u>Monica</u>	<u>Ortiz</u>	<u>Jenny</u>
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 Antibufo	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C	C
9	Dental Plástico	C	C	C	C
10	Dental en PVC	C	C	C	C
11	Botas	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Ovillo				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN 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: 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		Versión: 002		Fecha: 8/Abril/2020		Código: SST-FR-090	
5	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reencapsular 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 offshoots 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		Enrique	Rodriguez	Enrique	Rodriguez	Enrique	Rodriguez	Enrique	Rodriguez
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4	4	4	4	4	4	4
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4	4	4	4	4	4	4
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100									

01 FEB 2021

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CÓDIGO: SST-FR-090		FECHA: 6/ABRIL/2020		Versión: 002									
<p>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</p>															
<p>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <u>Hda Milena Gomez</u></p>															
<p>CARGO: <u>Gerente de Limpieza</u></p>															
<p>FECHA DE INSPECCION: <u>1-26-2021</u></p>															
<p>SERVICIO: <u>limpieza</u></p>															
<p>TURNO: <u>M</u></p>															
<p>PROCEDIMIENTO OBSERVADO: <u>T V N</u></p>															
<p>TRABAJADORES OBSERVADOS:</p> <table border="1"> <tr> <td>Trabajador No 1</td> <td>Trabajador No 2</td> <td>Trabajador No 3</td> <td>Trabajador No 4</td> </tr> <tr> <td>Luis Aides Irena H.</td> <td>Leidy</td> <td>Dora</td> <td></td> </tr> </table>								Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	Luis Aides Irena H.	Leidy	Dora	
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4												
Luis Aides Irena H.	Leidy	Dora													
<p>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</p>															
<p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA</p>															
1	Gorro	C	C	C	C	C	C								
2	Gafas de Seguridad	NA	C	C	C	C	C								
3	Careta y/o Visor	C	NA	NA	NA	NA	NA								
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C	C	C								
5	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C								
6	Guañas	C	C	C	C	C	C								
7	Bata Antibióticos	NA	NA	NA	NA	NA	NA								
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA	NA	NA								
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA	NA	NA								
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA	NA	NA								
11	Botas	NA	NA	NA	NA	NA	NA								
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA	NA	NA								
13	Otro: ( )														
<p>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</p>															
<p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN</p>															
1	Elemento dañado														
2	No Disponible														
3	Oviedo														
4	Desconoce Estándar														
5	Otras Observaciones:														
<p>Estándares a evaluar</p>															
<p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO</p>															
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	SI	SI								
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI	SI	SI								
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	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. guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI	SI	SI								

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020			
5	Siempre desinfecta los corropunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar resuspensión de 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 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		100%	100%	100%	100%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>Amador</i>	<i>Trinidad</i>	<i>Leizaola</i>	<i>Donp</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					



02 FEB 2021

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/ABR/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad							
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <u>Hector Alvarado</u>							
CARGO: <u>Gerente de Mantenimiento</u>							
FECHA DE INSPECCIÓN: <u>17/04/2020</u>							
SERVICIO: <u>CLAMOR</u>							
TURNO: <u>M</u>							
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: <u>CLAMOR</u>							
TRABAJADORES OBSERVADOS:							
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3		Trabajador No 4	
DLCNEH		LEIDY		OMOWA			
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	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C
3	Caretas y/o Visor	NT	NT	NT	NT	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antibufo	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	Protección Auditiva	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal							
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCIÓN							
1	Elemento dañado						
2	No Disponible						
3	Ovado						
4	Desconoce Estándar						
5	Otras Observaciones:						
ESTÁNDARES A EVALUAR							
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO							
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la desinfección antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	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	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	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, aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI	SI	SI


CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS				TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS			
que CUMPLEN		3				3			
FIRMA DEL COLABORADOR		Jorge				Jorge			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%				100%			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10				10			
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10				10			
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
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornamentos y con suela antideslizante.	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
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
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente, evitando el procedimiento, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

**Código:** SST-FR-090


**Fecha:** 8/Abn/2020

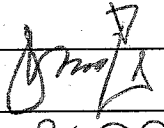
**Versión:** 002



CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS


02 FEB 2021

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>		<b>Código: SST-FR-090</b> <b>Fecha: 8/abril/2020</b> <b>Versión: 002</b>	
<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad			
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> Mónica Zico		<b>CARGO</b> Mónica Zico	
<b>FECHA DE INSPECCION</b> 02/04/2021		<b>SERVICIO</b> Camo	
<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> M		<b>TURNO</b> T	
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b> Trabajador No 1: Mary Trabajador No 2: Valeria Trabajador No 3: Angie Trabajador No 4: Dora			
<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b> <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Casaca y/o Visor	NC	NC
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gantes	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ( )		
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b> <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvido		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
<b>Estándares a evaluar</b> <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> MARQUE SI NO NA SEGUN 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 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, aeroscopia: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si

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 desecha los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes designados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
7	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
8	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%					
FIRMA DEL COLABORADOR		<div> <div>  </div> <div> <div>Dr. J. J. Lopez</div> <div>Dr. J. J. Lopez</div> </div> </div>					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							

03 FEB 2021

<b>CLÍNICA NUESTRA</b> SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abn/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Jenny Parra		CARGO Gerente de Operaciones	
FECHA DE INSPECCION 03 FEB 2021		SERVICIO CLÍNICA	
TURNO M		PROCEDIMIENTO OBSERVADO N	
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Mary Rocha Trabajador No 2: Valentina E. Hovio Trabajador No 3: Hovio Trabajador No 4: Elsa			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
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	Guantes	C	C
7	Bata Antibullos	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 ( )		
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: MARQUE SI NO NA SEGUN 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, aerocoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gomo.	Si	Si


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

**Código:** SST-FR-090

**Fecha:** 8/Abril/2020


**Versión:** 002

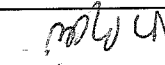
**Formato:** Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

03 FEB 2021

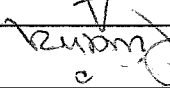
 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>		<b>Código: SST-FR-090</b> <b>Fecha: 8/Abril/2020</b> <b>Versión: 002</b>
<b>Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad</b>		
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> <i>M. MORA</i>		
<b>CARGO</b>		
<b>FECHA DE INSPECCION</b>		
<b>SERVICIO</b>		
<b>TURNO</b>		
<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b>		
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>		
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3
Trabajador No 4		
<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>		
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA</b>		
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>		
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION</b>		
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
<b>Estándares a evaluar</b>		
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO</b>		
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020					
5	Siempre descarta los contaminantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin onículos y con suela antideslizante.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%					
FIRMA DEL COLABORADOR		<div> <div>  </div> <div> <div>Angel</div> <div>Quintero</div> </div> </div>					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							




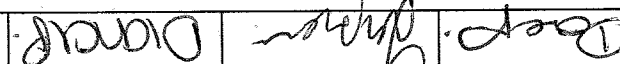
04 FEB 2021

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			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Miguel Rios	
CARGO		Gerente	
FECHA DE INSPECCION			
SERVICIO			
TURNO		M	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		N	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Omar Iván Trabajador No 2: Milena Trabajador No 3: Elviana Trabajador No 4: Avarca	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Guantes	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	Guantes	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) SEGUN OPCIÓN			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvio		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
Estándares a evaluar			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	C	C
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	C	C
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Abierto o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	C	C

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosoquidad		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, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Mantene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin officios y con suela antideslizante.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		0	0
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		0	0
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100	
FIRMA DEL COLABORADOR		 Juanza	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total		4/100	

04 FEB 2021

<b>CLÍNICA NUESTRA</b> SENORA 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			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA ALEXA HERNANDEZ		CARGO TECNICO DE INSPECCION	
FECHA DE INSPECCION 08-02-21		SERVICIO CLINICA	
TURNO M		PROCEDIMIENTO OBSERVADO T	
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: DORA Trabajador No 2: JORGE Trabajador No 3: JUAN Trabajador No 4: JUAN			
CRITERIOS DE CALIFICACION: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACION: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
Elemento dado			
1 No Disponible			
2 No Disponible			
3 Olvido			
4 Desconoce Estándar			
5 Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar			
CRITERIOS DE CALIFICACION: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la desinfección 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 Adeso 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

Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>					
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
5	Siempre desecha los contopunzantes 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 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					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%			