


|  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 | Astrid Luján Rivera | | | |
| CARGO | Circulante | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | Febrero 8, 2021 | | | |
| SERVICIO | Cirugía | | | |
| TURNOS | M <input checked="" type="checkbox"/> | T <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Dayanna Ara | Trabajador No 2 Lorena Sánchez | Trabajador No 3 Gustavo González | |
| | Trabajador No 4 Manuel Martínez | | | |
| 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 | Guantes | C | C | C |
| 7 | Bata Antifluidos | C | C | C |
| 8 | Protector Auditivo | N/A | N/A | N/A |
| 9 | Delantal Plástico | N/A | N/A | N/A |
| 10 | Delantal en PVC | N/A | N/A | N/A |
| 11 | Botas | N/A | N/A | N/A |
| 12 | Traje Especial | N/A | N/A | N/A |
| 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 |



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

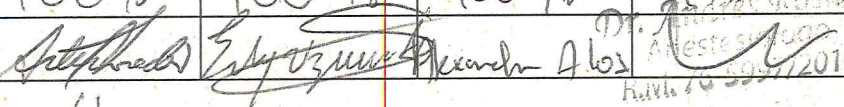
Versión: 002

| | | | | | |
|--|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 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>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS | | cuatro (4) | | | |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN | | cuatro | | | |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 | | 100% | | | |


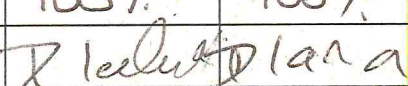
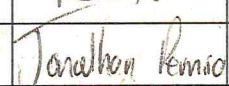
|  CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS | | Código: SST-FR-090 | | | |
|---|--|---------------------|-----------------|------------------|----|
| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad | | Fecha: 8/Abril/2020 | | | |
| | | Versión: 002 | | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | FRN UZUNAGA | | | | |
| CARGO | Instrumentador | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 12-4/21 | | | | |
| SERVICIO | (X) | | | | |
| TURNOS | M | T | N | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 | Trabajador No 2 | Trabajador No 3 | Trabajador No 4 | |
| | Daniel | Alexandra | JOSE RIVERO | Gustavo Gonzalez | |
| 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 | SI | SI | SI | SI |
| 4 | Mascarilla Convencional | SI | SI | SI | SI |
| 5 | Respirador N 95 | SI | SI | SI | SI |
| 6 | Guantes | SI | SI | SI | SI |
| 7 | Bata Antifluidos | SI | SI | SI | SI |
| 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 |

| 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 | | | | | |
| 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. | NO | NO | NO | NO. |
| 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 | | | | | |

| 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 | Lorena Reyes Barrios | | | | |
| CARGO | Cuidadora | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 3-2-2021 | | | | |
| SERVICIO | CA | | | | |
| TURNO | M <input checked="" type="checkbox"/> | T <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Astrid Lozada | Trabajador No 2 Evly Umanzi | Trabajador No 3 Alejandro Alos | Trabajador No 4 Arden Barillo | |
| 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 () | | | | |
| 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 | | | |
|---|---|--|------|------|------|
| 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 | |  | | | |
| 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 | Santiago Ruiz Pizarro | | | | |
| CARGO | Instrumentación quirúrgica | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 02/04/2021 | | | | |
| SERVICIO | Cirugía | | | | |
| TURNO | M <input checked="" type="checkbox"/> | T <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Piedad Bejarano | Trabajador No 2 Diana Vergara | Trabajador No 3 Jonathan Rodríguez | Trabajador No 4 Johelene Rueda | |
| Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento | | | | | |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA | | | | | |
| 1 | Gorro | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | Gafas de Seguridad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 | Careta y/o Visor | <input checked="" type="checkbox"/> | NA | <input checked="" type="checkbox"/> | NA |
| 4 | Mascarilla Convencional | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 | Respirador N 95 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 | Guantes | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 | Bata Antifluidos | <input checked="" type="checkbox"/> | NA | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | | | |
|---|---|---|------|--|------|
| 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 | |  | |  | |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS | | 4 | | | |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN | | 4 | | | |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 | | 4/4 | | | |

| 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 | Soyro S. P. | | | |
| CARGO | Instrumentador Quirúrgico | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 01-02-2021 | | | |
| SERVICIO | CIRUGIA | | | |
| TURNO | M <input checked="" type="checkbox"/> | T <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Juan Felipe Osorio | Trabajador No 2 Zulay Potos De Kengely | Trabajador No 3 Diana Nicos | |
| 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 | ND | C | C |
| 6 | Gantes | C | C | C |
| 7 | Bata Antifluidos | NA | NA | ND |
| 8 | Protector Auditivo | ND | ND | ND |
| 9 | Delantal Plástico | ND | ND | ND |
| 10 | Delantal en PVC | ND | ND | ND |
| 11 | Botas | ND | NA | ND |
| 12 | Traje Especial | NA | NA | ND |
| 13 | Otro () | NA | NA | ND |
| 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 |



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

| | | | | | |
|--|---|-------------|--------|-------------------|----------|
| 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. | NA | Si | NA | 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 | | 22. | 22 | 22 | 22. |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | 14. | 16 | 15 | 16. |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | 90% | 90% | 90% | 90% |
| FIRMA DEL COLABORADOR | | Juan Carlos | Alvaro | Manuel | Diana Am |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS | | 4. | | | |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN | | 4. | | | |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 | | | | | |