



CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-047

Formato: Entrega de Elementos de Protección Personal

Fecha: 17/Junio/2014

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.

FECHA DE ENTREGA		NOMBRE TRABAJADOR	AREA	NOMBRE DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	CANTIDAD	FIRMA
D	M					
04	02	2021	Laura Solarte	Rub.	1 KN95 - 1 Simple	Laura Solarte
09	02	2021	Magdalena Tamayo	Rub.	3 KN95 - 6 simples.	Magdalena Tamayo
09	02	2021	Claudia Henao	Rub.	3 KN95 - 6 simples	Claudia Henao
09	02	2021	Laura Solarte	Rub.	3 KN95 - 6 simples	Laura Solarte
09	02	2021	Liceny Araya	Rub.	3 KN95 - 4 simples	Liceny Araya
09	02	2021	Alcandira Luna	Rub.	3 KN95 - 8 simples	Alcandira Luna
09	02	2021	Ena Vercos	Rub.	3 KN95 - 2 simples	Ena Vercos
09	02	2021	Laura Solarte	Rub.	2 KN95	Laura Solarte
09	02	2021	Laura Solarte	Rub.	2 KN95	Laura Solarte
11	02	2021	Laura Solarte	Rub.	1 KN95	Laura Solarte
16	02	2021	Laura Solarte	Rub.	3 KN95 - 6 simples	Laura Solarte
16	02	2021	Laura Solarte	Rub.	2 KN95 - 6 simples	Laura Solarte
16	02	2021	Laura Solarte	Rub.	3 KN95 - 6 simples	Laura Solarte
16	02	2021	Laura Solarte	Rub.	3 KN95 - 6 simples	Laura Solarte
16	02	2021	Laura Solarte	Rub.	2 KN95 - 6 simples	Laura Solarte



 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-047
Formato: Entrega de Elementos de Protección Personal		Fecha: 17/Junio/2014

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.

FECHA DE ENTREGA			NOMBRE TRABAJADOR	AREA	NOMBRE DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	CANTIDAD	FIRMA
D	M	A					
01	02	2011	Claudia Muñoz	RHT	KN95	1	Claudia Muñoz
01	02	2011	Eljabel Torres	RHT	KN95	1	Eljabel Torres
03	02	2011	Guillermo	RHT	KN95	1	Guillermo
03	02	2011	Diana C. Martínez	RHT	KN95	1	Diana Portela
03	02	2011	Natalia Jorale	RHT	Tapaboca Simple	4	Natalia Lorenzo
4	2	2011	Hidalgo Ruiz Zúñiga	UGRHT	Tapabocas - Careta	1	Hidalgo Ruiz
4	2	2011	Magdalena Torres	RHT	Careta	1	Magdalena
5	2	2011	Henry	RHT	KN95		Henry A
5	02	2011	Dayana Cardona	RHT	Careta	1	Dayana C.
5	02	2011	Dayana Cardona	RHT	N-95	1	Dayana C.
04	02	2011	Alondra Luna	Rhb	KN95 - 3 simples		Harriet Luna
04	02	2011	Magdalena Torres	Rhb	KN95 3 simples		Magdalena
04	02	2011	Ena Velasco	Rhb	KN95 - 3 simples		Ena Velasco
04	02	2011	Claudia Muñoz	Rhb	KN95 - 3 simples	1	Claudia Muñoz
04	02	2011	Henry Ameyare	Rhb	KN95 - 3 simples		Henry A



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Fecha: 8/Abril/2020	
CARGO		Versión: 002	
FECHA DE INSPECCIÓN			
SERVICIO			
TURNO			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO			
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Claudia elvira	Trabajador No 2 Lissette Arroyave	Trabajador No 3 Margherita Tamayo
	Trabajador No 4 Diana Portela		
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
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	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	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
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. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: 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

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	NA
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	NA
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	8
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Claudia Muñoz	Yeseny Arroyave L.	Magdalena	Orlana por la
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%			