


| 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 | Catalina Gadea | | | | |
| CARGO | Instrumentadora | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 06-10-19-21 | | | | |
| SERVICIO | Cirugía | | | | |
| TURNOS | M | T | N | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| | Trabajador No 1 | Trabajador No 2 | Trabajador No 3 | Trabajador No 4 | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Dayana | Carlos Cam | Lorena S. | Tereba. | |
| 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 | Ocasional | Ocasional | Ocasional | Ocasional |
| 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. | 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 | | Diana A | Edwando C | Lorena Sudey | Fernando |
| 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 Ospina | | | | |
| CARGO | EPA | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 15 Mayo 2020 | | | | |
| SERVICIO | Cirugía | | | | |
| TURNOS | M | T | N | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Zukay P. | Trabajador No 2 Paola V. | Trabajador No 3 Yesica P. | Trabajador No 4 Leonardo | |
| 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 | 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 | Algunas veces | Algunas veces | Algunas veces | Algunas veces |
| 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

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, 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 | | Zobair Potes | Paola V. | Leslie | Leonardo |
| 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 | Valentina | | | | |
| CARGO | IO | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 17-03-2021 | | | | |
| SERVICIO | Cirurgia | | | | |
| TURNO | M | T | N | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 | Trabajador No 2 | Trabajador No 3 | Trabajador No 4 | |
| | Viviana P | Isaca V. | Jenny O. | Dalia S. | |
| 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 | 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 | Algunas veces | Algunas veces | Algunas veces | Algunas veces |
| 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

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, 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 | | Urbina P. | Vera Vargas | Jemero. | Dalia S. |
| 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 | Catalina Gadea | | | | |
| CARGO | FO | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 11 mayo 2021 | | | | |
| SERVICIO | Cirugía | | | | |
| TURNOS | M | T | N | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Pado P. | Trabajador No 2 Piedad B. | Trabajador No 3 Eduardo | Trabajador No 4 Sergio | |
| 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 | 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 | Algunas veces | Algunas veces | Algunas veces | Algunas veces |
| 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

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, 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 | | Pacha pascual | Pineda B. | Edwards C | Saavedra |
| 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 | DANIELA LÓPEZ | | | | |
| CARGO | Médico | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 10 marzo 2020 | | | | |
| SERVICIO | Cirugía | | | | |
| TURNOS | M | T | N | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Leidy A. | Trabajador No 2 Pablo P. | Trabajador No 3 Leonardo | Trabajador No 4 Yessica J. | |
| 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 | 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 | Algunas veces | Algunas veces | Algunas veces | Algunas veces |
| 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. | 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 | | Leidy A. | Paola P. | Leonardo | Jessica J |
| 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 | Juliana Restrepo | | | | |
| CARGO | Jefe CA | | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | Mayo 08 del 2020 | | | | |
| SERVICIO | Cirugía | | | | |
| TURNOS | M | T | N | | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Catalina | Trabajador No 2 Luisa Vargas | Trabajador No 3 Valentina | Trabajador No 4 Eduardo | |
| 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 | 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 | Algunas veces | Algunas veces | Algunas veces | Algunas veces |
| 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. | 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 | | Catalina B | Luisa V. | Valentina | Gerardo. |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS | | 4 | | | |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN | | 4 | | | |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 | | | | | |