



CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-047

Formato: Entrega de Elementos de Protección Personal


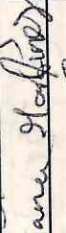


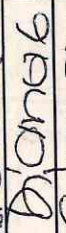

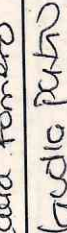








Fecha: 17/Junio/2014

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					
29	04	2021	Diana G	UCI	N95	1	Diana G
29	04	2021	Jorge H	UCI	N95	1	Jorge H
29	04	2021	Diana Cortés	UCI	N95	1	Diana Cortés
29	04	2021	Luci Adams	UCI	N95	1	Luci Adams
29	04	2021	Luci Castro	UCI	N95	1	Luci Castro
29	04	2021	Jeffer Gaudin	UCI	N95	1	Jeffer Gaudin
29	04	2021	Ana Segura	UCI	N95	1	Ana Segura
29	04	2021	Edisa	UCI	N95	1	Edisa
29	04	2021	Ancha Saba	UCI	N95	1	Ancha Saba
29	04	2021	Cardine Taborda	UCI	N95	1	Cardine Taborda
29	04	2021	Cristian Aguado	UCI	N95	1	Cristian Aguado
29	04	2021	Eladio Alvarado	UCI	N95	1	Eladio Alvarado
29	04	2021	Inda Rando	UCI	N95	1	Inda Rando
29	04	2021	John Neri S	UCI	N95	1	John Neri S
29	04	2021	Jeffer Rando	UCI	N95	1	Jeffer Rando



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


FECHA DE ENTREGA			NOMBRE TRABAJADOR	AREA	NOMBRE DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	CANTIDAD	FIRMA
D	M	A					
29	04	2021	Cladine Komarung	UCI PZ	N-95	1	
30	04	2021	Diana Stofner	UCI	N-95	1	
30	04	2021	Xiomara Cuen	UCI	N-95	1	
30	04	2021	Marcelo Calle	UCI	N-95	1	
30	04	2021	ANDREA ESPARZA	UCI	N-95	1	
30	04	2021	Diana C	UCI	N-95	1	
30	04	2021	EDISA JORCEN	UCI	N-95	1	
30	04	21	Laura Domeluf	UCI	N-95	2	
30	04	21	claudia H. Pato	UCI	N-95	1	
30	04	21	Jeddy Romay	UCI	N-95	1	
30	04	21	Luz. M. Pizar	UCI	N-95	1	
30	04	21	Quelin Fier	UCI	N-95	1	
30	04	21	Ana Flanor Leiza	UCI	N-95	1	
30	04	21	O. B. B. B. B.	UCI	N-95	1	
30	04	21	Sebastien Dany	UCI	N-95	1	

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.







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

FECHA DE ENTREGA			NOMBRE TRABAJADOR	AREA	NOMBRE DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	CANTIDAD	FIRMA
D	M	A					
1	05	21	Angélica González	UCI	Tapabocas N-95	1	Angélica
01	05	2021	Roberto	UCI	N-95	1	Roberto R.
01	05	2021	Richard Dwyer	UCI	N-95	1	Richard
01	05	21	Vivian	UCI	N-95	1	Vivian
01	05	21	María Ortiz	UCI	N-95	1	María Ortiz
01	05	21	Yolanda	UCI	N-95	1	Yolanda
01	05	21	Katherine R.	UCI	N-95	1	Katherine R.
1	05	2021	Flora Bruso	UCI	N-95	1	Flora
1	5	2021	Blanca Valencia	UCI	N-95	1	Blanca
1	5	2021	Luisa Valencia	UCI	N-95	1	Luisa Valencia
1	05	2021	Xiomara Cuero	UCI	N-95	1	Xiomara C.
1	05	2021	Jennifer H.	UCI	N-95	1	Jennifer H.
1	05	2021	Luisa Valencia	UCI	N-95	1	Luisa
1	05	2021	Luci Castro	UCI	N-95	1	Lucy C.
1	05	2021	Linda	UCI	N-95	1	Linda
2	5	21	Carolina	UCI	N-95	1	Carolina





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: 7/Mayo/2016

5	Siempre descarte 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	Realice el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	Si
8	Mantenga 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.	NA	NA	NA	NA
TOTAL ITEMS OBSERVADOS					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
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: 7/Mayo/2021		
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		DORIS ZUÑIGA		
CARGO		ORIENTADORA		
FECHA DE INSPECCIÓN		3 Mayo 2021		
SERVICIO		UCI 2 ADULTO		
TURNO		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		Uso de elementos de Protección Personal		
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 Fernando	Trabajador No 2 Linda A	
		Trabajador No 3 Diana Mar	Trabajador No 4 Yulian	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE MA: 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	NA	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Güantes	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA
12	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: 7/Mayo/2018

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
6	Verifique el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si
7	Realice 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 ornificos 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.	NA	NA	NA	NA
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4 trabajadores			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4 trabajadores			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4 trabajadores			



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: 7/Mayo/2018
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		JOSÉ ZUÑIGA			
CARGO		OBTENTADORA			
FECHA DE INSPECCIÓN		5/Mayo/2018			
SERVICIO		UCI 2 ADULTO			
TURNOS		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		<div>Trabajador No 1</div> <div>Trabajador No 2</div> <div>Trabajador No 3</div> <div>Trabajador No 4</div>			
		<div>Luz Pérez</div> <div>Lara Romero</div> <div>Jennifer Conde</div> <div>Deiza M.V</div>			
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	NA	NA	NA	NA
5)	Respirador N 95	C	C	C	C
6)	Guantas	C	C	C	C
7)	Bata Antifluidos	C	C	NA	NA
8)	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9)	Delantal Plástico	NA	NA	NTS	NA
10)	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11)	Botas	NA	NA	NA	NA
12)	Otro ( )				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	Olvído				
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





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

Fecha: 7/Mayo/2018

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%
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		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: 7/Mayo/2021
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Luz delhi Vallejo Castaño.			
CARGO		Orientadora.			
FECHA DE INSPECCIÓN		7 Mayo 2021.			
SERVICIO		UCIN.			
TURNO		M <u>X</u> - T <u>X</u> N <u>  </u>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 MARIA EUGENIA POCHU	Trabajador No 2 ADELAIDE PEREZ	Trabajador No 3 Luz bydes	Trabajador No 4 Fanny
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	NA	NA	NA	NA
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	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: 7/Mayo/2018

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
6	Verifique el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si
7	Realice el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	Si
8	Mantenga 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.	NA	NA	NA	NA
TOTAL ÍTEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4 trabajadores			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4 trabajadores			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4 trabajadores			



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: 7/Mayo/2021
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Doris Zúñiga				
CARGO	ORIENTADORA				
FECHA DE INSPECCIÓN	6 Mayo 2021				
SERVICIO	UCI ADULTO				
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				
PROCEDIMIENTO OBSERVADO	Uso de Elementos de Protección Personal				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	
	Daniela B.	Juan Rojas	Barcelon	Jeyann A	
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	NA	NA	NA	NA
5)	Respirador N 95	C	C	C	C
6)	Guantas	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)	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