


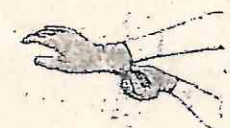

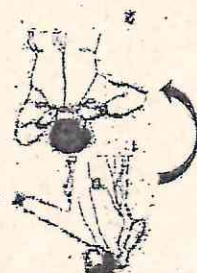



LISTA DE CHEQUEO AREA (URGENCIAS, UCI, HOSPITALIZACIÓN, PARTOS, CIAMAR)				
POSTURA DE CHEQUEO ANTE COVID-19				
POSTURA DE EPP ANTE COVID-19				
N°	PROCEDIMIENTO	ACCION	INGRESO AL VESTIR	
			SI	NO
ILUSTRACION				
1	Retiro de accesorios	Realice el retiro de todos los accesorios (aretes, reloj, cadena, etc)		
2	Verificar	Verifique que cuente con todos los elementos de protección necesarios para el procedimiento.		
3	Higiene de manos	Realice el higiene de manos de acuerdo a protocolo establecido.		
4	Guañes Internos	Colocar guantes internos.		
5	Pollinas desechables	Colocar pollina asegurándose que cubra la mayor parte posible de sus zapatos. Trae de siempre 2 pares de hacer este paso. Evite Caerse.		
6	Bata de manga larga	Coloquees bata desechable de manga larga entiendo, sujetando sus respectivos tiras. Esta protección el chaleco plomado		
7	Respirador N95	1. Sujete la copa con la mano, suba primero la tñlla inferior dejándola debajo de las orejas, luego suba la tñlla superior dejándola por encima de las orejas. Y realice verificación de ajuste. 1. Sujete la copa con la mano, suba primero la tñlla inferior dejándola debajo de las orejas, luego suba la tñlla superior dejándola por encima de las orejas. Y realice verificación de ajuste. 2. Ajuste la lamina de accopla sobre el dorso de la nariz. 2. Ajuste la lamina de accopla sobre el dorso de la nariz. Y realice verificación de ajuste.		

Realice el retiro de todos los accesorios (aretes, reloj, cadena, etc)

Verifique que cuente con todos los elementos de protección necesarios para el procedimiento.

Realice el higiene de manos de acuerdo a protocolo establecido.

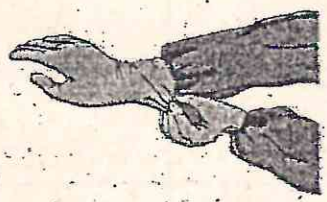
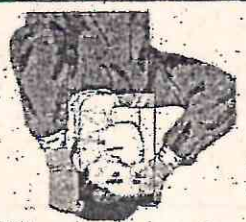
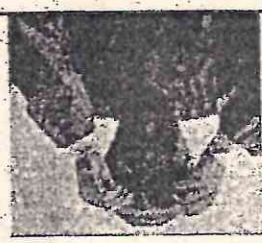

Colocar guantes internos

Colocar pollina asegurándose que cubra la mayor parte posible de sus zapatos. Trate de sentarse sobre de hacer este paso. Evite Caerse.


Colóquese bata desechable de manga larga entubada, sujetando sus respectivas tiras. Esta protegerá el chaleco plomado

1. Sujete la copa con la mano, suba primero la tñlla inferior dejando a deajo de las orejas. Luego suba la tñlla superior dejando a deajo de las orejas. 2. Ajuste la lamina de accopla sobre el dorso de la nariz. 2. Ajuste la lamina de accopla sobre el dorso de la nariz por encima de las orejas. Y realice verificación de ajuste.

OPERADOR: Adrian A. James F.
 VERIFICADOR: Adriana Rangel

Deténgase y verifique que todo está en su lugar				
12	Verificar	Realice la postura de la cabeza y finalmente ajuste de la parte trasera		
11	Guantes Externos	Realice la colocación de los guantes externos asegurándose que queden sobre el puño de la bata antillado		
10	Careta o Protección Facial	Colóquese la careta, con cuidado para que no mueva el gorro desechable.		
9	Gorro desechable	Coloque el segundo gorro desechable, verifique que cubra las Orejas.		
8	Mono gafas	Colóquese las monogafas		

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REYES		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación estandarizada al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
Fecha: 7/Mayo/2015			
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: <u>Diana B. Blandin</u> Trabajador No 2: <u>Helean Vivas</u> Trabajador No 3: <u>Alexandra Mosquera</u>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO Uso de elementos de protección personal			
TURNO M X T N			
SERVICIO UCI Adulto			
FECHA DE INSPECCIÓN 19 Mayo 2021			
CARGO ORIENTADORA			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA JORIS JUNIGA			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NI: 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	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Gauchos	C	C
7	Bata Antilluvios	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Detallal Plástico	NA	NA
10	Detallal en PVC	NA	NA
11	Batas	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 ambiótica si no armenta 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, protección: Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gomo.	SI	SI

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS Código: SST-FR-090		Formador: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad Fecha: 7/Mayo/2018	
5	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente el terminar el procedimiento, evitando, enjuagando, reemplazar agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI
6	Verifica el estado del guante antes de su uso.	SI	SI
7	Realiza el desarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin el 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 cubrebocas, 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.	NA	NA
TOTAL ÍTEMS OBSERVADOS		10	10
TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN		10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4 trabajadores	
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4 trabajadores	
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4 trabajadores	

CLÍNICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formatos: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
Fecha: 7/Mayo/2016			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: JOSE ZAPATA			
CARGO: ORIENTADORA			
FECHA DE INSPECCION: 18 Mayo 2021			
SERVICIO: UCI ADULTO			
TURNO: M X			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: Uso de elementos de protección personal			
TRABAJADORES OBSERVADOS:			
Trabajador No 1: Benilda B. Juan Rojas		Trabajador No 2: Juan Rojas	
Trabajador No 3: Juan Rojas		Trabajador No 4: Juan Rojas	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE MC: NO CUMPLE NT: NO TIENE MA: 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	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antibulidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	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	Oviedo		
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 derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	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

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formulario: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 7/Mayo/2018	
Código: SST-FR-090							
5	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reinsertar 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 desecho 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 ornatos 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.	NA	NA	NA	NA	NA	NA
TOTAL ÍTEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10
TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	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 SENORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-000	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
Fecha: 7/May/2016		Nombre de quien inspecciona:	
CARGO:		FECHA DE INSPECCIÓN:	
TURNO:		SERVICIO:	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:		TRABAJADORES OBSERVADOS:	
Trabajador No 1: <i>Andrés</i>		Trabajador No 2: <i>Andrés y Dina</i>	
Trabajador No 3: <i>Andrés</i>		Trabajador No 4: <i>Andrés</i>	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NI: 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	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Guañes	C	C
7	Bata Antibiótica	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	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	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 amente 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 por contacto: Bata, guantes, gafas y gomo.	SI	SI

CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formulario: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad		Fecha: 7 Mayo/2018		Código: SST-FR-090	
5	Siempre desinfectar los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrar, remanipular agujas y doblar o perforar cutículas.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	Verificar el estado del guante antes de su uso.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
7	Realizar el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes designados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
8	Mantener el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza cofrado cerrado, sin orificios y con suete antideslizante.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de enflecos, cadenas, pulseras, etc.	NA	NA	NA	NA	NA	NA
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4 trabajadores					
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4 trabajadores					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.		4 trabajadores					
Trabajadores Observados/Total		4 trabajadores					

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: <i>Alfonso Alvarado</i> Cargo: <i>Gerente</i> Fecha de inspección: <i>21-Marzo-2020</i> Servicio: <i>CU Interio</i> Turno: <i>M</i> Procedimiento observado: <i>X</i> Trabajadores observados: <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><i>Trabajador No 1</i></td> <td><i>Trabajador No 2</i></td> <td><i>Trabajador No 3</i></td> <td><i>Trabajador No 4</i></td> </tr> </table>		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	<i>Trabajador No 1</i>	<i>Trabajador No 2</i>	<i>Trabajador No 3</i>	<i>Trabajador No 4</i>
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4						
<i>Trabajador No 1</i>	<i>Trabajador No 2</i>	<i>Trabajador No 3</i>	<i>Trabajador No 4</i>						
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	Casaca y/o Visor	C	C	C	C				
4	Mascarilla Convencional	NA	NA	NA	NA				
5	Respirador N 95	C	C	C	C				
6	Gaules	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	NA	NA	NA	NA				
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	Omitido								
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 técnica antiséptica si no aminorla 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 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, 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	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020					
5	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando recontaminar 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 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.	NO	NO	NO	NO	NO	NO
TOTAL ÍTEMOS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10
TOTAL ÍTEMOS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO							
FIRMA DEL COLABORADOR							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4					

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Dr. Daniel Vallejo Castano							
CARGO Gerente							
FECHA DE INSPECCION 24/07/2020							
SERVICIO UCA							
TURNO M							
PROCEDIMIENTO OBSERVADO X							
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1 Trabajador No 2 Trabajador No 3 Trabajador No 4							
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA							
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:							
1	Gorro	C					
2	Gafas de Seguridad	C					
3	Careta y/o Visor	C					
4	Mascarilla Convencional	C					
5	Respirador N 95	C					
6	Guantes	C					
7	Bata Antifluidos	C					
8	Protector Auditivo	C					
9	Delantal Plástico	C					
10	Delantal en PVC	C					
11	Botas	C					
12	Traje Especial	C					
13	Otro ()						
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal Señale con una (X) SEGUN OPCION							
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:							
1	Elemento dañado						
2	No Disponible						
3	Olvido						
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 frotación 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, aerocoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, 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 Fecha: 8/Abril/2020	
5	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, reempaculando 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.	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 trabajadores.					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4 trabajadores.					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total		4 / 100%					