

| 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<br>Versión: 002   |                                |                              |     |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   | VIVIANA POTES  |                                       |                                |                              |     |
| CARGO   | Lider Servicio al Cliente  |                                       |                                |                              |     |
| FECHA DE INSPECCIÓN   | 29/03/2021   |                                       |                                |                              |     |
| SERVICIO  | Servicio al cliente, control, tamizaje, información  |                                       |                                |                              |     |
| TURNO   | M <input checked="" type="checkbox"/>  | T <input checked="" type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/>     |                              |     |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |  |                                       |                                |                              |     |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   | Trabajador No 1<br>Luisa Figueroa  | Trabajador No 2<br>Sandra C.          | Trabajador No 3<br>Diana Duran | Trabajador No 4<br>Teacambol |     |
| 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   |                                       |                                |                              |     |
| 4   | Mascarilla Convencional  | C                                     | C                              | C                            | C   |
| 5   | Respirador N 95  |                                       |                                |                              |     |
| 6   | Guantes  |                                       |                                |                              |     |
| 7   | Bata Antifluidos   |                                       |                                |                              |     |
| 8   | Protector Auditivo   |                                       |                                |                              |     |
| 9   | Delantal Plástico  |                                       |                                |                              |     |
| 10  | Delantal en PVC  |                                       |                                |                              |     |
| 11  | Botas  |                                       |                                |                              |     |
| 12  | Traje Especial   |                                       |                                |                              |     |
| 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.  | N/A                                   | N/A                            | N/A                          | N/A |
| 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*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. | N/A                    | N/A       | N/A      | N/A         |
| 6  | Verifica el estado del guardián antes de su uso.  | N/A                    | N/A       | N/A      | N/A         |
| 7  | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.                                 | Sí                     | Sí        | Sí       | Sí          |
| 8  | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.   | Sí                     | Sí        | Sí       | Sí          |
| 9  | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.  | Sí                     | Sí        | Sí       | Sí          |
| 10   | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.                            | Sí                     | Sí        | Sí       | Sí          |
| TOTAL ÍTEMS OBSERVADOS   |   | 7                      | 7         | 7        | 7           |
| TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN  |   | 7                      | 7         | 7        | 7           |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO   |   | N/A                    | N/A       | N/A      | N/A         |
| FIRMA DEL COLABORADOR  |   | Luisa Eda F.           | Sandra C. | Domitila | Jean Carlos |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS  |   | 4 trabajadores         |           |          |             |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN  |   | 4 trabajadores         |           |          |             |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 |   | todas cumplen al 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 |  |   |                 |                 |                 |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   |  | Fecha: 8/Abril/2020   |                 |                 |                 |
| CARGO   |  | Versión: 002  |                 |                 |                 |
| FECHA DE INSPECCIÓN   |  | VIVIANA POTES   |                 |                 |                 |
| SERVICIO  |  | Lider servicio al cliente   |                 |                 |                 |
| TURNOS  |  | M. <input checked="" type="checkbox"/> T. <input checked="" type="checkbox"/> N. <input type="checkbox"/> |                 |                 |                 |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |  | Servicio al cliente, control, tamizaje, información.  |                 |                 |                 |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   |  | Trabajador No 1   | Trabajador No 2 | Trabajador No 3 | Trabajador No 4 |
|   |  | Maria Eugenia Nini Delgado  | Tuliana Diaz    | Flor Ramirez    |                 |
| 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   |   |                 |                 |                 |
| 4   | Mascarilla Convencional  | C   | C               | C               | C               |
| 5   | Respirador N 95  |   |                 |                 |                 |
| 6   | Guantes  |   |                 |                 |                 |
| 7   | Bata Antifluidos   |   |                 |                 |                 |
| 8   | Protector Auditivo   |   |                 |                 |                 |
| 9   | Delantal Plástico  |   |                 |                 |                 |
| 10  | Delantal en PVC  |   |                 |                 |                 |
| 11  | Botas  |   |                 |                 |                 |
| 12  | Traje Especial   |   |                 |                 |                 |
| 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.  | N/A   | N/A             | N/A             | N/A             |
| 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*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. | N/A                                   | N/A | N/A | N/A |
| 6  | Verifica el estado del guardián antes de su uso.  | N/A                                   | N/A | N/A | N/A |
| 7  | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.                                 | Sí                                    | Sí  | Sí  | Sí  |
| 8  | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.   | Sí                                    | Sí  | Sí  | Sí  |
| 9  | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.  | Sí                                    | Sí  | Sí  | Sí  |
| 10   | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.                            | Sí                                    | Sí  | Sí  | Sí  |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS   |   | 7                                     | 7   | 7   | 7   |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN  |   | 7                                     | 7   | 7   | 7   |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO   |   | N/A                                   | N/A | N/A | N/A |
| FIRMA DEL COLABORADOR  |   | MPE Hayas J. Nini Delgado / Urbana D. |     |     |     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS  |   | 4 trabajadores                        |     |     |     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN  |   | 4 trabajadores                        |     |     |     |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 |   | todos cumplen al 100%                 |     |     |     |



|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |   | 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:  | VIVIANA POTES   |                                       |                                  |     |
| CARGO:  | Lider. servicio al cliente  |                                       |                                  |     |
| FECHA DE INSPECCIÓN:  | 23/03/2021  |                                       |                                  |     |
| SERVICIO:   | Servicio al cliente, control, tamizaje, información   |                                       |                                  |     |
| TURNO:  | M <input checked="" type="checkbox"/>   | T <input checked="" type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/>       |     |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO:  |   |                                       |                                  |     |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   | Trabajador No 1<br>Sandra C.  | Trabajador No 2<br>Diana Duran        | Trabajador No 3<br>Viviana Potes |     |
|   | Trabajador No 4<br>Jean Carlos  |                                       |                                  |     |
| 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  |                                       |                                  |     |
| 4   | Mascarilla Convencional   | C                                     | C                                | C   |
| 5   | Respirador N 95   |                                       |                                  |     |
| 6   | Guantes   |                                       |                                  |     |
| 7   | Bata Antifluidos  |                                       |                                  |     |
| 8   | Protector Auditivo  |                                       |                                  |     |
| 9   | Delantal Plástico   |                                       |                                  |     |
| 10  | Delantal en PVC   |                                       |                                  |     |
| 11  | Botas   |                                       |                                  |     |
| 12  | Traje Especial  |                                       |                                  |     |
| 13  | Otro ( )  |                                       |                                  |     |
| Razón de No Usar el 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.   | N/A                                   | N/A                              | N/A |
| 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:<br>*Aislamiento Respiratorio: Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*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. | N/A                    | N/A      | N/A         | N/A         |
| 6  | Verifica el estado del guardián antes de su uso.  | N/A                    | N/A      | N/A         | N/A         |
| 7  | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.                                 | Sí                     | Sí       | Sí          | Sí          |
| 8  | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.   | Sí                     | Sí       | Sí          | Sí          |
| 9  | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin offshoots y con suela antideslizante.  | Sí                     | Sí       | Sí          | Sí          |
| 10   | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.                            | Sí                     | Sí       | Sí          | Sí          |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS   |   | 7                      | 7        | 7           | 7           |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN  |   | 7                      | 7        | 7           | 7           |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO   |   | N/A                    | N/A      | N/A         | N/A         |
| FIRMA DEL COLABORADOR  |   | Juan Carlos            | donación | Juan Carlos | Juan Carlos |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS  |   | 4 trabajadores         |          |             |             |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN  |   | 4 trabajadores         |          |             |             |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 |   | todos cumplen al 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:   | VIVIANA POTES                                       |                                       |                            |
| CARGO:   | Lider servicio al cliente                           |                                       |                            |
| FECHA DE INSPECCIÓN:   | 26/07/2021  |                                       |                            |
| SERVICIO:  | Servicio al cliente, control, tanizaje, información |                                       |                            |
| TURNO:   | M <input checked="" type="checkbox"/>               | T <input checked="" type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO:   |   |                                       |                            |
| TRABAJADORES OBSERVADOS  | Trabajador No 1                                     | Trabajador No 2                       | Trabajador No 3            |
|  | Nini delgado  | Florez Ramirez                        | Luisa Figueroa             |
|  |   |                                       | Johana Diaz                |
| 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   |   |                                       |                            |
| 4 Mascara Convencional   | C   | C                                     | C                          |
| 5 Respirador N 95  |   |                                       |                            |
| 6 Guantes  |   |                                       |                            |
| 7 Bata Antifluidos   |   |                                       |                            |
| 8 Protector Auditivo   |   |                                       |                            |
| 9 Delantal Plástico  |   |                                       |                            |
| 10 Delantal en PVC   |   |                                       |                            |
| 11 Botas   |   |                                       |                            |
| 12 Traje Especial  |   |                                       |                            |
| 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.  | N/A   | N/A                                   | N/A                        |
| 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascara quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascara de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*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. | N/A                     | N/A | N/A      | N/A          |
| 6  | Verifica el estado del guardián antes de su uso.  | N/A                     | N/A | N/A      | N/A          |
| 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 ÍTEMS OBSERVADOS   |   | 7                       | 7   | 7        | 7            |
| TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN  |   | 7                       | 7   | 7        | 7            |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO   |   | N/A                     | N/A | N/A      | N/A          |
| FIRMA DEL COLABORADOR  |   |                         |     | Luisatda | Juliana Diaz |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS  |   | 4 trabajadores          |     |          |              |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN  |   | 4 trabajadores          |     |          |              |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 |   | todos trabajan al 100 % |     |          |              |



|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> |  | 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   | VIVIANA POTES  |                                       |                              |     |
| CARGO   | Lider. servicio al cliente   |                                       |                              |     |
| FECHA DE INSPECCIÓN   | 23/10/2021   |                                       |                              |     |
| SERVICIO  | Servicio al cliente, control, tamizaje, información  |                                       |                              |     |
| TURNO   | M <input checked="" type="checkbox"/>  | T <input checked="" type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/>   |     |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |  |                                       |                              |     |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   | Trabajador No 1<br>Monica E.   | Trabajador No 2<br>Diana Ivan         | Trabajador No 3<br>Sandra C. |     |
|   | Trabajador No 4<br>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   |
| 2   | Gafas de Seguridad   | C                                     | C                            | C   |
| 3   | Careta y/o Visor   |                                       |                              |     |
| 4   | Mascarilla Convencional  | C                                     | C                            | C   |
| 5   | Respirador N 95  |                                       |                              |     |
| 6   | Guantes  |                                       |                              |     |
| 7   | Bata Antifluidos   |                                       |                              |     |
| 8   | Protector Auditivo   |                                       |                              |     |
| 9   | Delantal Plástico  |                                       |                              |     |
| 10  | Delantal en PVC  |                                       |                              |     |
| 11  | Botas  |                                       |                              |     |
| 12  | Traje Especial   |                                       |                              |     |
| 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.  | N/A                                   | N/A                          | N/A |
| 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:<br>*Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas.<br>*Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes.<br>*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. | N/A                    | N/A    | N/A       | N/A |
| 6  | Verifica el estado del guardián antes de su uso.  | N/A                    | N/A    | N/A       | N/A |
| 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 ÍTEMS OBSERVADOS   |   | 7                      | 7      | 7         | 7   |
| TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN  |   | 7                      | 7      | 7         | 7   |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO   |   | N/A                    | N/A    | N/A       | N/A |
| FIRMA DEL COLABORADOR  |   | MEE Hayat clonados     | fleruf | Jeancarlo |     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS  |   | 4 trabajadores         |        |           |     |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN  |   | 4 trabajadores         |        |           |     |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 |   | todos cumplen al 100%. |        |           |     |