
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS
 10 SEP 2021

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

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Angie Acevedo
CARGO: Box de Infección
FECHA DE INSPECCIÓN: 10-SEP-2021
SERVICIO: Uci: Neos

PROCEIMIENTO OBSERVADO

Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
May R.	Luz Aide	Elsa	Alexa

CRITERIOS DE CALIFICACION: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA

Elemento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Gorro	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Careta y/o Visor	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Mascarilla Convencional	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Respirador N 95	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Guantes	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Bata Antifluidos	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Protector Auditivo	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Delantal Plástico	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Delantal en PVC	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Botas	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Traje Especial	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Otro ()													

Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal

CRITERIOS DE CALIFICACION: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION

Elemento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Elemento dañado													
No Disponible													
Olvido													
Desconoce Estándar													
Otras Observaciones:													

Estándares a evaluar

CRITERIOS DE CALIFICACION: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO

Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos:	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos:	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos:	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos:
1. Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	2. Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	3. Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	4. Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Adverso o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.


Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	Fecha: 8/Abril/2020	Versión: 002
5	Siempre descarta los contropunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reinsertar agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	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
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornatos y con suela antideslizante.	Si	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	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4	4	4	4
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4	4	4	4	4
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Observados *100						

11

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/Abril/2020			
5.	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
6.	Verifica el estado del guante 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.	Si	Si	Si	Si
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		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4	4	4
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4	4	4
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

09 SEP 2021 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002	
Formulario: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA JHIEL ALEXA MARTINEZ		CARGO JEFE DE EQUIPO INSPECCIONARIA	
FECHA DE INSPECCION 09-09-21		SERVICIO UCI XENONAT	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO M T		TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: TENE Trabajador No 2: ELIANA Trabajador No 3: DIANA Trabajador No 4: DARA	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	NC
3	Caretas y/o Visor	NC	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gantes	C	C
7	Bata Antifluidos	NC	NC
8	Protector Auditivo	NC	NC
9	Delantal Plástico	NC	NC
10	Delantal en PVC	NC	NC
11	Botas	NC	NC
12	Traje Especial	NC	NC
13	Otro ()	NC	NC
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 la	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al	SI	SI
3	Realiza los procedimientos 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: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gomo.	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/Abril/2020			
5	Siempre descarta los cortapuntas inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, resacañar 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.	SI	SI	SI	SI
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		Irivel	Elvira	Elvira	Elvira
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4	4	4
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4	4	4
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%	100%	100%	100%

<p>  CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS </p>		<p> Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abn/2020 Versión: 002 </p>	
<p> Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad Nombre de quien inspecciona: Mariana Lago Cargo: Gerente de Mantenimiento Fecha de inspección: 08/09/2020 Servicio: Mantenimiento Turno: Mañana Procedimiento observado: M </p>			
<p> TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Silvia Trabajador No 2: Mary Trabajador No 3: Ciroz Trabajador No 4: Eliza </p>			
<p> CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA </p>			
<p> Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento </p>			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	NT	NT
8	Protector Auditivo	NT	NT
9	Delantal Plástico	NT	NT
10	Delantal en PVC	NT	NT
11	Botas	NT	NT
12	Traje Especial	NT	NT
13	Otro ()		
<p> Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal </p>			
<p> CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION </p>			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvido		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
<p> Estándares a evaluar </p>			
<p> CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO </p>			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	C	C
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C
3	Realiza los procedimientos para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	C	C
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio, Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aerosoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, aislamiento por contacto; Bata, guantes, gafas y gorro.	C	C


CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.		Trabajadores que cumplen/Total		Trabajadores Observados*100	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		QUE CUMPLEN		4	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
FIRMA DEL COLABORADOR		[Signature]		Eliora	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornamentos y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	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
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si
5	Siempre descarta los contaminantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si

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

Versión: 002

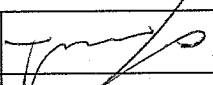
Fecha: 8/abril/2020

Código: SST-FR-090



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

[illegible]

CLÍNICA NUESTRA SÉÑORA 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/Abril/2020			
5	Siempre descarta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reincapsular 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 designados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		 Francisco M. Alencar			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					



07 SEP 2021					
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Alexa Matamoros T.R.					
FECHA DE INSPECCION: 08/09/2020					
SERVICIO: UCI UNO					
TURNO: M					
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
Irene		Harry		Angie	
				Diana	
CRITERIOS DE CALIFICACION: 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 Antibullos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C	C
9	Dental Plástico	C	C	C	C
10	Dental en PVC	C	C	C	C
11	Batas	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C
13	Otro ()				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACION: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
ESTÁNDARES A EVALUAR					
CRITERIOS DE CALIFICACION: 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.	Sí	Sí	Sí	Sí
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Sí	Sí	Sí	Sí
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, gotas, salpicaduras o aerosoles.	Sí	Sí	Sí	Sí
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aero 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.	Sí	Sí	Sí	Sí

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002			
5	Siempre descarta los contropuntajes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al 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 calzado cerrado, sin ornatos y con suela antideslizante.	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Ismael P. G. / 11/04/2020	Ismael P. G. / 11/04/2020
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Observados: 100		4	4

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS 07 SEP 2021		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abn/2020 Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA CARGO FECHA DE INSPECCIÓN SERVICIO TURNO PROCEDIMIENTO OBSERVADO			
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1 Trabajador No 2 Trabajador No 3 Trabajador No 4		E180 CM22 Mónica Alicia	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gautes	C	C
7	Bata Antibulidos	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Dental Plástico	NA	NA
10	Dental en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ()		
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Ovido		
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 aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gomo.	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad							
5	Siempre desecha los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar, reencapsular 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 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.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
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%
FIRMA DEL COLABORADOR		Esam	RPVZ	Monica	Silva		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN							
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							

06 SEP 2021 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Sept/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Jany Jorja		FECHA DE INSPECCION 8/Sept/2020	
TURNO M		SERVICIO Del NCB	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO T N		TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Eduard Trabajador No 2: Irene Trabajador No 3: Alina Trabajador No 4: Dora	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Vaso	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gautes	C	C
7	Bata Antibulidos	C	C
8	Protector Auditivo	C	C
9	Delantal Plástico	C	C
10	Delantal en PVC	C	C
11	Botas	C	C
12	Traje Especial	C	C
13	Otro ()	C	C
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	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 fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, protección: 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			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
Versión: 002					
Fecha: 8/Abril/2020					
5	Siempre descarta los contropuntajes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, 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.	SI	SI	SI	SI
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			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

CLÍNICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abn/2020 Versión: 002
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <i>Alfonso HERNANDEZ</i> FECHA DE INSPECCION: <i>06 SEP 2021</i> SERVICIO: <i>VERIFICACIÓN</i> TURNO: <i>M</i> PROCEDIMIENTO OBSERVADO: <i>T X N</i>		
TRABAJADORES OBSERVADOS:		
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3
<i>Juz Ayde</i>	<i>Hana Reda</i>	<i>Angi</i>
Trabajador No 4		
<i>Leidy</i>		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA		
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento		
1	Gorro	C
2	Gafas de Seguridad	C
3	Careta/Visor	C
4	Mascarilla Convencional	C
5	Respirador N 95	C
6	Cuantes	C
7	Bata Antibiótica	C
8	Protector Auditivo	C
9	Delantal Plástico	C
10	Delantal en PVC	C
11	Botas	C
12	Traje Especial	C
13	Otro ()	C
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN 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 SEGUN EL CASO		
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la infección antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	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

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 descarta los corropunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, 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 ornamentos y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4	4	4
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4	4	4
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%	100%	100%	100%

CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

Fecha: 8/Abn/2020

Versión: 002

05 SEP 2021

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

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA
Diana

CARGO
Enfermera

FECHA DE INSPECCIÓN
2020-09-08

SERVICIO
Laboratorio

TURNO
M

PROCEDIMIENTO OBSERVADO
M

TRABAJADORES OBSERVADOS

Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
Diana	Silvia	Monica	María

Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Gorro	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Careta y/o Visor	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Mascarilla Convencional	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Respirador N 95	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Cuantes	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Bata Antibióticos	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Protector Auditivo	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Delantal Plástico	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Delantal PVC	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Botas	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Traje Especial	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Otro ()	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C

Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal

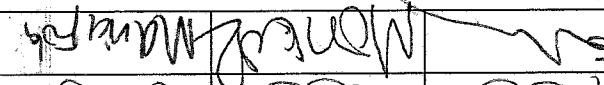
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALA CON UNA (X) SEGUN OPCIÓN

	1	2	3	4	5
Elemento dañado					
No Disponible					
Olvído					
Descorrece Estándar					
Otras Observaciones:					

Estándares a evaluar

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO

	1	2	3	4
Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la infección antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI	SI
Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI
Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames.	SI	SI	SI	SI
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

Código: SST-FR-090		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
Fecha: 8/Abn/2020		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad	
Versión: 002			
5	Siempre desinfecta los cortapuntadores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reemplazar agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al 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 calzado cerrado, sin ornitos y con suela antideslizante.	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100	100
FIRMA DEL COLABORADOR		 Diana Montiel	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100			

CLÍNICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abn/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Terey Pardo		FECHA DE INSPECCION 05 SEP 2021	
SERVICIO UCI Neo		PROCEDIMIENTO OBSERVADO M X T X N	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Edward Trabajador No 2: Hilena Trabajador No 3: Dora Trabajador No 4: Irene	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C
8	Protector Auditivo	C	C
9	Delantal Plástico	C	C
10	Delantal PVC	C	C
11	Botas	C	C
12	Traje Especial	C	C
13	Otro ()	C	C
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 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 N95, gafas y guantes, aerossol; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	Si	Si

CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN	
FIRMA DEL COLABORADOR	100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%
PERCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	10 10 10 10 10 10 10
TOTAL ITEMS OBSERVADOS	10 10 10 10 10 10 10
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornamentos y con suela antideslizante.
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.

Código: SST-FR-090

Fecha: 8/Abn/2020

Versión: 002

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

CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS 04 SEP 2021		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abn/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Elis			
CARGO: Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN: Sept 04/21			
SERVICIO: COVID			
TURNO: M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: T			
TRABAJADORES OBSERVADOS:			
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
Leidy	Elis	Monica	Mary
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gaules	C	C
7	Bata Antibufo	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ()	NA	NA
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	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 fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	S	S
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	S	S
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, gotas, salpicaduras o aerosoles.	S	S
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 gomo.	S	S

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.		Trabajadores que cumplen/Total		Trabajadores Observados	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		QUE CUMPLEN		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
FIRMA DEL COLABORADOR		100%		100%	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%		100%	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10		10	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10		10	
5	Siempre descarta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, 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 officios 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

100%
 100%
 100%

[Faint, illegible handwritten notes]

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002			
5	Siempre descartar los cortapuntas inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al 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 calzado cerrado, sin oficinas y con suela antideslizante.	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si
		TOTAL ÍTEMS OBSERVADOS	10
		TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN	10
		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100%
		FIRMA DEL COLABORADOR	María P. Diana P. Margareta Silveira
		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	4
		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN	4
		CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total	100

CLÍNICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS 03 SEP 2021		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/abn/2020 Versión: 002																																																																																																																																																																																																					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Alejandra HERNANDEZ																																																																																																																																																																																																							
CARGO Gerente																																																																																																																																																																																																							
FECHA DE INSPECCION 03/09/2021																																																																																																																																																																																																							
SERVICIO UCI NEO																																																																																																																																																																																																							
PROCESAMIENTO OBSERVADO M T N X																																																																																																																																																																																																							
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1 Irene Trabajador No 2 Edward Trabajador No 3 Cruz Trabajador No 4 Alejandra																																																																																																																																																																																																							
CRITERIOS DE CALIFICACION: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA																																																																																																																																																																																																							
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> </tr> <tr> <td>Gorro</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gafas de Seguridad</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Careta y/o Visor</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mascarilla Convencional</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Respirador N 95</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Guantes</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bata Antibufo</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Protector Auditivo</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Delantal Plástico</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Delantal en PVC</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Botas</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Traje Especial</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro ()</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Gorro	C													Gafas de Seguridad	C													Careta y/o Visor	C													Mascarilla Convencional	C													Respirador N 95	C													Guantes	C													Bata Antibufo	C													Protector Auditivo	C													Delantal Plástico	C													Delantal en PVC	C													Botas	C													Traje Especial	C													Otro ()													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																																										
Gorro	C																																																																																																																																																																																																						
Gafas de Seguridad	C																																																																																																																																																																																																						
Careta y/o Visor	C																																																																																																																																																																																																						
Mascarilla Convencional	C																																																																																																																																																																																																						
Respirador N 95	C																																																																																																																																																																																																						
Guantes	C																																																																																																																																																																																																						
Bata Antibufo	C																																																																																																																																																																																																						
Protector Auditivo	C																																																																																																																																																																																																						
Delantal Plástico	C																																																																																																																																																																																																						
Delantal en PVC	C																																																																																																																																																																																																						
Botas	C																																																																																																																																																																																																						
Traje Especial	C																																																																																																																																																																																																						
Otro ()																																																																																																																																																																																																							
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal Señale con una (X) según opción																																																																																																																																																																																																							
CRITERIOS DE CALIFICACION: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO																																																																																																																																																																																																							
Estándares a evaluar																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>Elemento dañado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No Disponible</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Olvido</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desconoce Estándar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras Observaciones:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					1	2	3	4	5	Elemento dañado						No Disponible						Olvido						Desconoce Estándar						Otras Observaciones:																																																																																																																																																																					
	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																																																		
Elemento dañado																																																																																																																																																																																																							
No Disponible																																																																																																																																																																																																							
Olvido																																																																																																																																																																																																							
Desconoce Estándar																																																																																																																																																																																																							
Otras Observaciones:																																																																																																																																																																																																							
CRITERIOS DE CALIFICACION: 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	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, aerocoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si																																																																																																																																																																																																		

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. 4		Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
FIRMA DEL COLABORADOR		FIRMA DEL COLABORADOR	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		TOTAL ITEMS OBSERVADOS	
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	100%
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin officios y con suela antideslizante.	Si	100%
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	100%
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	100%
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	100%
5	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	100%

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


CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

Fecha: 8/Abri/2020

Versión: 002

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS 03 SEP 2021		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Monica Mayra Rico Jimenez		FECHA DE INSPECCION 8 de Abril 2020	
SERVICIO Quimica		TURNO M	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO 1		Trabajador No 1 Eliana	
Trabajador No 2 Elia		Trabajador No 3 Mary	
Trabajador No 4 Diana			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
1	Gorro	NA	NA
2	Gafas de Seguridad	NA	NA
3	Casaca y Visor	NO	NO
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gaules	C	C
7	Bata Antibulidos	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plastico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ()		
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) 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 amelia lavado de manos.	NA	NA
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	NA	NA
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	NA	NA
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Adre o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aerocoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gomo.	NA	NA

 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/Abn/2020			
Versión: 002			
5	Siempre descartar los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al 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 calzado cerrado, sin ornatos y con suela antideslizante.	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si
TOTAL ÍTEMOS OBSERVADOS		10	
TOTAL ÍTEMOS QUE CUMPLEN		10	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	
FIRMA DEL COLABORADOR		Chavez Echa	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100			