

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	GLORIA JARAMILLO				
CARGO	GESTOR DE CALIDAD				
FECHA DE INSPECCIÓN	OCTUBRE 15 /2021				
SERVICIO	CALIDAD				
TURNO	M	x	T	x	N
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 VALENTINA WELFAR	Trabajador No 2 ANGIE PABON	Trabajador No 3 NATALIA VIAFARA	Traductor N°4 LAURA PUERTA	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes				
7	Bata Antifluidos				
8	Protector Auditivo				
9	Delantal Plástico				
10	Delantal en PVC				
11	Botas	C	C	C	C
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 amenta lavado de manos.	SI	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI




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

Fecha: 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, ITEMS OBSERVADOS		8	8	8	8
TOTAL, ITEMS QUE CUMPLEN		8	8	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Valentina w	Angie Pabón	Natalia V	Nary Puerta.
TOTAL, TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL, TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		Todas las colaboradoras cumplen con el uso de los LPP			

 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		GLORIA JARAMILLO			
CARGO		GESTOR DE CALIDAD			
FECHA DE INSPECCIÓN		OCTUBRE 19 /2021			
SERVICIO		CALIDAD			
TURNO		M	x	T	x
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 VALENTINA WELFAR	Trabajador No 2 ANGIE PABON	Trabajador No 3 NATALIA VIAFARA	Traductor N°4 LAURA PUERTA
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes				
7	Bata Antifluidos				
8	Protector Auditivo				
9	Delantal Plástico				
10	Delantal en PVC				
11	Botas	C	C	C	C
12	Traje Especial				
13	Otro ()				
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	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	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI




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

Fecha: 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, ITEMS OBSERVADOS		8	8	8	8
TOTAL, ITEMS QUE CUMPLEN		8	8	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Valentina W.L.	Angie Pabón	Natalia V	Mary Puerta
TOTAL, TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL, TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		Todas las colaboradoras cumplen con el uso de los LPP			

 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	GLORIA JARAMILLO			
CARGO	GESTOR DE CALIDAD			
FECHA DE INSPECCION	OCTUBRE 20 /2021			
SERVICIO	CALIDAD			
TURNO	M x	T x	N	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 VALENTINA WELFAR	Trabajador No 2 ANGIE PABON	Trabajador No 3 NATALIA VIAFARA	
			Traductor N°4 LAURA PUERTA	
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	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C
6	Guantes			
7	Bata Antifluidos			
8	Protector Auditivo			
9	Delantal Plástico			
10	Delantal en PVC			
11	Botas	C	C	C
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.	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI



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, ITEMS OBSERVADOS		8	8	8	8
TOTAL, ITEMS QUE CUMPLEN		8	8	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Valentina W L	Angie Pabón	Natalia V	Mary Puerta
TOTAL, TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL, TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		Todas las colaboradoras cumplen con el uso de los LPP			

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		GLORIA JARAMILLO				
CARGO		GESTOR DE CALIDAD				
FECHA DE INSPECCIÓN		OCTUBRE 21 /2021				
SERVICIO		CALIDAD				
TURNOS		M	x	T	x	N
PROCEDIMIENTO OBSERVADO						
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 VALENTINA WELFAR	Trabajador No 2 ANGIE PABON	Trabajador No 3 NATALIA VIAFARA	Traductor N°4 LAURA PUERTA	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento						
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA						
1	Gorro	C	C	C	C	
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C	
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C	
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C	
5	Respirador N 95	C	C	C	C	
6	Guantes					
7	Bata Antifluidos					
8	Protector Auditivo					
9	Delantal Plástico					
10	Delantal en PVC					
11	Botas	C	C	C	C	
12	Traje Especial					
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	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	SI	SI	
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI	
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI	
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI	



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

Fecha: 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, ITEMS OBSERVADOS		8	8	8	8
TOTAL, ITEMS QUE CUMPLEN		8	8	8	8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Valentina W.L	Angie P.	Natalia U	Mary Puerta.
TOTAL, TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL, TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		Todas las colaboradoras cumplen con el uso de los LPP			