
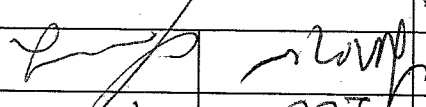
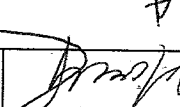

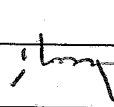
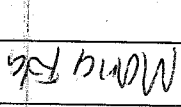


CLÍNICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abri/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Dr. Alicia Enriquez FECHA DE INSPECCION: 7/04/2021 SERVICIO: UCL Neónk.			
TURNO: M		PROCEDIMIENTO OBSERVADO: UCL Neónk.	
TRABAJADORES OBSERVADOS:		Trabajador No 1: Luis Ace Trabajador No 2: Eduard Trabajador No 3: Leid Trabajador No 4: Leonard	
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 Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gautes	C	C
7	Batas Antiruidos	C	C
8	Protector Auditivo	C	C
9	Delantal Plástico	C	C
10	Delantal en PVC	C	C
11	Botas	C	C
12	Tapa Especial	C	C
13	Otro ()	C	C
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
Elemento dañado No Disponible Olvido Desconoce Estándar Otras Observaciones:			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO Estándares a evaluar			
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: Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica, gautes, gafas, Asesorio Respiratorio por aerosoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, Asesorio por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CÓDIGO: SST-FR-090		FECHA: 8/ABR/2020		Versión: 002	
 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
5	Siempre descarta los corropunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrado, reempujar 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 oficinas 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					
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

07 OCT 2021 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 Bioseguridad	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA CARGO FECHA DE INSPECCIÓN SERVICIO TURNO		PROCEDIMIENTO OBSERVADO TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Mary Trabajador No 2: Silvia Trabajador No 3: Angie Trabajador No 4: Izabel N.	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento		CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal	
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 Antihuidos	C	C
8	Protector Auditivo	C	C
9	Delantal Plástico	C	C
10	Delantal en PVC	C	C
11	Botas	C	C
12	Tapa Especial	C	C
13	Otro ()		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO Estándares a evaluar			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiseptica 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 empacando 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 gorro.	SI	SI

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

CLÍNICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/ABR/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación Adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Diana			
CARGO: 1. Responsable			
FECHA DE INSPECCION: 06 OCT 2021			
SERVICIO: UCI NEONATAL			
TURNO: M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:			
TRABAJADORES OBSERVADOS:			
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
Diana	Claudia	Elsa	Volentina
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1 Gorro			
2 Gafas de Seguridad			
3 Careta y/o Visor			
4 Mascara Convencional			
5 Respirador N 95			
6 Guantes			
7 Bata Antibufo			
8 Protector Auditivo			
9 Delantal Plástico			
10 Delantal en PVC			
11 Bata			
12 Traje Especial			
13 Otro ()			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE 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 realizar 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: Mascara quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si

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	Version: 002
5	Siempre descarta los contopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reencapsular 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 orificios 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 ÍTEMS OBSERVADOS	10	10	10	10
		TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN	10	10	10	10
		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%
		FIRMA DEL COLABORADOR	Diana	Diana	Elia M	282
		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	4	4	4	4
		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN	4	4	4	4
		CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Observados*100	100%	100%	100%	100%


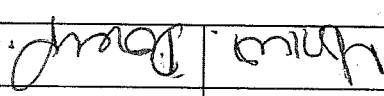
05 OCT 2021

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
5	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando remanejar agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	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	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornamentos con suela antideslizante.	SI	SI	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	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Ismael H.	Ismael H.	Ismael H.	Ismael H.	Ismael H.	Ismael H.	Ismael H.	Ismael H.
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS									
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN									
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No.									
Trabajadores que cumplen/total									

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS 05 OCT 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 Aury Ave		CARGO Jefe de Examen	
FECHA DE INSPECCION 05-04-21		SERVICIO Cu Neo	
PROCEIMIENTO OBSERVADO M X N		TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Elsa Trabajador No 2: Luz Aide Trabajador No 3: Eliana Trabajador No 4: Claudia	
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 Antibulidos	C	C
8	Protector Auditivo	C	C
9	Dental Plástico	C	C
10	Dental en PVC	C	C
11	Botas	C	C
12	Tela Especial	C	C
13	Otro ()	C	C
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE 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.	SC	SC
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SC	SC
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SC	SC
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	SC	SC

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002	
5	Siempre descarta los copunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar agujas y doblar o partir cuchillas.	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
8	Mantene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Alfonso	Alfonso	Alfonso	Alfonso	Alfonso	Alfonso	Alfonso	Alfonso
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4	4	4	4	4	4	4
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4	4	4	4	4	4	4
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.		Trabajadores que cumplen/total Trabajadores Observados*100							

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		FECHA DE INSPECCION		SERVICIO		TURNO		PROCEDIMIENTO OBSERVADO		TRABAJADORES OBSERVADOS																																																																																																			
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																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</th> <th>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</th> <th>C: CUMPLE</th> <th>NC: NO CUMPLE</th> <th>NT: NO TIENE</th> <th>NA: NO APLICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Correa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Gafas de Seguridad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Careta y/o Visor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Mascarilla Convencional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Respirador N 95</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Guantes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Bata Antibullos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Protector Auditivo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Delantal Plástico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Delantal en PVC</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Botas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Traje Especial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>Otro ()</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento	CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:	C: CUMPLE	NC: NO CUMPLE	NT: NO TIENE	NA: NO APLICA	1	Correa					2	Gafas de Seguridad					3	Careta y/o Visor					4	Mascarilla Convencional					5	Respirador N 95					6	Guantes					7	Bata Antibullos					8	Protector Auditivo					9	Delantal Plástico					10	Delantal en PVC					11	Botas					12	Traje Especial					13	Otro ()					<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Elemento dañado</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>No Disponible</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Olvido</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Desconoce Estándar</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Otras Observaciones:</td> </tr> </tbody> </table>				Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal		1	Elemento dañado	2	No Disponible	3	Olvido	4	Desconoce Estándar	5	Otras Observaciones:
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento	CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:	C: CUMPLE	NC: NO CUMPLE	NT: NO TIENE	NA: NO APLICA																																																																																																								
1	Correa																																																																																																												
2	Gafas de Seguridad																																																																																																												
3	Careta y/o Visor																																																																																																												
4	Mascarilla Convencional																																																																																																												
5	Respirador N 95																																																																																																												
6	Guantes																																																																																																												
7	Bata Antibullos																																																																																																												
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																																																																																																													
1	Elemento dañado																																																																																																												
2	No Disponible																																																																																																												
3	Olvido																																																																																																												
4	Desconoce Estándar																																																																																																												
5	Otras Observaciones:																																																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI, NO NA SEGUN EL CASO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amenta lavado de manos.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>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.</td> </tr> </tbody> </table>										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 amenta 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 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.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI, NO NA SEGUN EL CASO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amenta lavado de manos.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>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.</td> </tr> </tbody> </table>				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 amenta 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 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.																																																																												
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 amenta 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 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.																																																																																																												
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 amenta 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 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.																																																																																																												

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


Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abnl/2020		Versión: 002	
<p>Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad</p> <p>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</p>					
<p>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <i>Andrés Herrera Camacho</i></p> <p>CARGO: <i>Gerente de Operación</i></p> <p>FECHA DE INSPECCIÓN: <i>10 de octubre 2021</i></p> <p>SERVICIO: <i>UCS</i></p> <p>TURNO: <i>M</i></p>					
<p>PROCESAMIENTO OBSERVADO</p>					
<p>TRABAJADORES OBSERVADOS</p>					
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3	
<i>Luz Alda</i>		<i>Diego Pablo</i>		<i>Ledy</i>	
Trabajador No 4				Trabajador No 5	
<i>Leonor</i>					
<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	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	NT	NT	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C	C
9	Delantal Plástico	C	C	C	C
10	Delantal en PVC	C	C	C	C
11	Botas	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C
13	Otro ()	C	C	C	C
<p>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</p>					
<p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCIÓN</p>					
<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.	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, guantes, gafas y gomo.	SI	SI	SI	SI

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

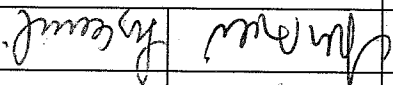
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS 03 OCT 2021		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abri/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Aydy. Paez		CARGO Jefe de Enfermería	
FECHA DE INSPECCION 03-Oct-21		SERVICIO UCI Neo	
TURNO M		PROCEDIMIENTO OBSERVADO T	
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1 Gladis Trabajador No 2 Valentina Trabajador No 3 Silvia Trabajador No 4 Cindy			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:			
1	Gorro	C	
2	Gafas de Seguridad	C	
3	Careta y/o Visor	C	
4	Mascarilla Convencional	C	
5	Respirador N 95	C	
6	Guantes	C	
7	Bata Antifluidos	C	
8	Protector Auditivo	C	
9	Delantal Plástico	C	
10	Delantal en PVC	C	
11	Botas	C	
12	Tapa Especial	C	
13	Otro ()		
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:			
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 fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	C	
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	C	
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, protección por contacto; Bata, guantes, gafas y gorro.	C	

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	Fecha: 6/Abn/2020	Versión: 002
5	Siempre descarta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reencapsular 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 designados 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 orificios 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		bluy	vel	SV	GOVH	M
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						

CÓDIGO: SST-FR-090 FECHA: 8/ABR/2020 VERSIÓN: 002		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad CUÍCA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Lic. Jorge Hidalgo		CARGO Vigilancia	
FECHA DE INSPECCION 02 OCT 2021		SERVICIO Recien Maderes	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO M		TURNO N	
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: Mía Faruqi Trabajador No 2: Eder Arce Trabajador No 3: Ronica Rio Trabajador No 4: Leonor			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Gorro	C	
2	Gafas de Seguridad	C	
3	Careta y/o Visor	NC	
4	Mascarilla Convencional	NC	
5	Respirador N 95	NC	
6	Guantes	C	
7	Bata Antifluidos	NC	
8	Protector Auditivo	NC	
9	Dental Plástico	NC	
10	Dental en PVC	NC	
11	Batas	NC	
12	Traje Especial	NC	
13	Otro ()	NC	
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
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 frotación antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

CÓDIGO: SST-FR-090		FECHA: 8/Abn/2020		VERSIÓN: 002	
 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
5	Siempre descarta los cortapunturantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, 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			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100			
FIRMA DEL COLABORADOR		Martín	NI	NI	NI
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100			

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS 02 OCT 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 ALEXA MARRON			
CARGO TRABAJADORA DE SEGURIDAD			
FECHA DE INSPECCION 02-09-2020			
SERVICIO UCI NEONATAL			
TURNO M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO			
TRABAJADORES OBSERVADOS		Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento	
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
JUZ AIDE JUL F.		ANGIE	GLADYS
CRITERIOS DE CALIFICACION: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	2	3	4
Gorro	C	C	C
Gafas de Seguridad	C	C	C
Careta y/o Visor	NC	NC	NC
Mascarilla Convencional	C	C	C
Respirador N 95	C	C	C
Guantes	C	C	C
Bata Antifluidos	NC	NC	NC
Protector Auditivo	NC	NC	NC
Delantal Plástico	NC	NC	NC
Delantal en PVC	NC	NC	NC
Botas	NC	NC	NC
Traje Especial	NC	NC	NC
Otro ()	NC	NC	NC
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACION: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	2	3	4
Elemento dañado			
No Disponible			
Oviedo			
Desconoce Estándar			
Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar			
CRITERIOS DE CALIFICACION: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	2	3	4
Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI
Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI
Realiza los procedimientos empacando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI
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, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/Abril/2020					
5	Siempre desinfecta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reincubar 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 ITEMS OBSERVADOS							
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN							
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO							
FIRMA DEL COLABORADOR							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN							
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/total Trabajadores Observados*100							

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Versión: 002		Fecha: 8/Abn/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Diana Rm Garcia	
FECHA DE INSPECCION		11/11/2021	
SERVICIO		Cuneneital	
TURNO		M	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		M	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Mary E. Trabajador No 2: Silvia Trabajador No 3: Hilda Trabajador No 4: Dany	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento CRITERIOS DE CALIFICACION: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1 Gorro 2 Gafas de Seguridad 3 Careta y/o Visor 4 Mascara Convencional 5 Respirador N 95 6 Guantes 7 Bota Antiruidos 8 Protector Auditivo 9 Delantal Plastico 10 Delantal en PVC 11 Bata 12 Traje Especial 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.	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascara quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascara de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

01 OCT 2021

CÓDIGO: SST-FR-090		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
5	Siempre descarta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reemplazar agujas y doblar o partir cuchillas.	SL	SL	SL	SL	SI	
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SL	SL	SL	SL	SI	
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SL	SL	SL	SL	SI	
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SL	SL	SL	SL	SI	
9	El personal asistencial utiliza cubo cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SL	SL	SL	SI	
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SL	SL	SL	SI	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS							
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN							
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO							
FIRMA DEL COLABORADOR							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>100</p> <p>Trabajadores que cumplen/Total</p> </div> <div> <p>100</p> <p>Trabajadores Observados</p> </div> </div>					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN							