


<b>05 NOV 2021</b> CLÍNICA NUESTRA SERVICIO DE LOS REMEDIOS		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 CARGO FECHA DE INSPECCIÓN SERVICIO TURNO		TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1 Trabajador No 2 Trabajador No 3 Trabajador No 4	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO TURNO SERVICIO FECHA DE INSPECCIÓN CARGO		M T N	
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	Caretilla y Visor	NC	NC
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antilíquidos	NC	NC
8	Protector Auditivo	NC	NC
9	Delantal Plástico	NC	NC
10	Delantal en PVC	NC	NC
11	Botas	NC	NC
12	Tapa Especial	NC	NC
13	Otro ( )	NC	NC
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal Señale con una (X) SEGÚN OPCIÓN			
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
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 Adheso 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

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.		Trabajadores que cumplen/Total		Trabajadores Observados*100	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	
FIRMA DEL COLABORADOR					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		400		400	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		40		40	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		40		40	
5	Siempre desecha los cortopunzantes 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 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


Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
Fecha: 8/Abri/2020		Versión: 002	
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> Janny Jara		<b>FECHA DE INSPECCION</b> 8 de Abril 2020	
<b>SERVICIO</b> UCI NED		<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> M T N X	
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b> Trabajador No 1: Jaidy Trabajador No 2: Cruz Trabajador No 3: Jany Trabajador No 4: Eduar			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>			
1	Guantes	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	NA	NA
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	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 ( )		
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvído		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
<b>Estándares a evaluar</b> MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la higiene 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, protección N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	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/Abn/2020	Versión: 002
5	Siempre descarta los contropuntajes 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 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 ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		1000%	1000%	1000%	1000%	1000%
FIRMA DEL COLABORADOR		Leonoris	Alvz	Alvz	Alvz	Alvz
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4	4	4	4
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4	4	4	4
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplenTotal		4	4	4	4	4

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> <b>04 NOV 2021</b>		<b>Código: SST-FR-090</b> <b>Fecha: 8/Abnl/2020</b> <b>Versión: 002</b>	
<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> <i>Hilda Milena Ramirez</i>		<b>CARGO</b> <i>Alfaro</i>	
<b>FECHA DE INSPECCION</b> <i>8/Nov/2021</i>		<b>SERVICIO</b> <i>WCI Neurol</i>	
<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b>		<b>TURNO</b> <i>M</i>	
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>		<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>	
<b>Trabajador No 1</b> <i>Luis Alde</i>	<b>Trabajador No 2</b> <i>Valentin E. Doris</i>	<b>Trabajador No 3</b> <i>Doris</i>	<b>Trabajador No 4</b> <i>Yan Farid</i>
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Gorro	SI	SI
2	Gafas de Seguridad	SI	SI
3	Careta y/o Visor	NO	NO
4	Mascarilla Convencional	SI	SI
5	Respirador N 95	SI	SI
6	Guantes	SI	SI
7	Bata Antifuídos	SI	SI
8	Protector Auditivo	SI	SI
9	Delantal Plástico	SI	SI
10	Delantal en PVC	SI	SI
11	Botas	SI	SI
12	Traje Especial	SI	SI
13	Otro ( )		
<b>Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SENALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvido		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
<b>Estándares a evaluar</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> MARQUE SI NO SEGUN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la técnica 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.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica; guantes; gafas; o por gotas; Mascarilla de aerosoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes; Aislamiento por contacto; Bata; guantes; gafas y gorro.	SI	SI


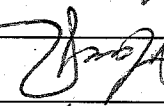
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
5	Siempre desinfecta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	Verifica el estado del guardán antes de su uso.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	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 orificios 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		10					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		100%					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%					
FIRMA DEL COLABORADOR		Dr. Juan	Valentina	Diego	Margarita		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN							
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							

<b>CLÍNICA NUESTRA</b> SENOSA DE LOS REMEDIOS Código: SST-FR-090 Fecha: 8/ABR/2020 Versión: 002		<b>Formato:</b> Lista de Verificación adhirencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad	
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> Mónica		<b>FECHA DE INSPECCION</b> 03 NOV 2021	
<b>CARGO</b> Mónica		<b>SERVICIO</b> UCV	
<b>TURNO</b> M		<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> N	
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b> Trabajador No 1: 1021 Trabajador No 2: 1022 Trabajador No 3: Diana Trabajador No 4: Leon			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantes	C	C
7	Bata Antifluidos	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	Ovo ( )		
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SENALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvio		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
<b>Estándares a evaluar</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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 empujando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	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. guantes, gafas y gorro.	S	S

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>		<b>Código: SST-FR-090</b>		<b>Fecha: 8/ABR/2020</b>		<b>Versión: 002</b>	
<b>Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad</b>							
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando 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 orificios 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		10					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%					
FIRMA DEL COLABORADOR		<i>Travis La H. Lewis</i> <i>Director</i>					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		0					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		0					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							



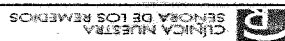
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/ABR/2020		Versión: 002	
<b>CLÍNICA NUESTRA</b> <b>SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>							
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> EVELYN MORALES		<b>FECHA DE INSPECCION</b> 03-ABR-2020		<b>SERVICIO</b> UCI NEONATAL		<b>TURNO</b> M	
<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b>		<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>		<b>TRABAJADOR No 1</b> MARY		<b>TRABAJADOR No 2</b> JULIA	
<b>TRABAJADOR No 3</b> MARGA		<b>TRABAJADOR No 4</b> LEROY					
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA							
<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>							
1	Gorro	C	C	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	NC	NC	NC	NC	NC	NC
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NC	NC	NC	NC	NC	NC
8	Protector Auditivo	NC	NC	NC	NC	NC	NC
9	Delantal Plástico	NC	NC	NC	NC	NC	NC
10	Delantal en PVC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
11	Botas	NC	NC	NC	NC	NC	NC
12	Traje Especial	NC	NC	NC	NC	NC	NC
13	Otro ( )	NC	NC	NC	NC	NC	NC
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>							
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SENALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN							
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO							
<b>Estándares a evaluar</b>							
1	Elemento dañado						
2	No Disponible						
3	Oviedo						
4	Desconoce Estándar						
5	Otras Observaciones:						
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	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/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 cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar, 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 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		 Dr. R. R.			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total		4			
Trabajadores Observados*100					

<b>CLÍNICA NUESTRA</b> 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: <b>Jenny Jarama</b> T. Realizado: <b>11/11/2020</b> FECHA DE INSPECCION: <b>11/11/2020</b> SERVICIO: <b>UCL</b> TURNO: <b>M</b>											
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: <b>N</b>											
TRABAJADORES OBSERVADOS: <table border="1"> <tr> <td>Trabajador No 1</td> <td>Trabajador No 2</td> <td>Trabajador No 3</td> <td>Trabajador No 4</td> </tr> <tr> <td><b>Valentín</b></td> <td><b>Edvard</b></td> <td><b>Rana Tda</b></td> <td><b>Griz</b></td> </tr> </table>				Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	<b>Valentín</b>	<b>Edvard</b>	<b>Rana Tda</b>	<b>Griz</b>
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4								
<b>Valentín</b>	<b>Edvard</b>	<b>Rana Tda</b>	<b>Griz</b>								
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA											
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal											
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE CON UNA (X) SEGUN OPCION											
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: Mascareta quirúrgica, guantes, gafas, mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si								

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad							
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando 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 orificios 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		10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Valencia E	Miguel	Valencia E	Miguel	Valencia E	Miguel
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4	4	4	4	4
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4	4	4	4	4
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							

02 NOV 2021

CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA 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

MONICA MUÑOZ GILLO

CARGO

+2

FECHA DE INSPECCION

12/11

SERVICIO

C22

TURNO

M

PROCEJIMIENTO OBSERVADO

M

TRABAJADORES OBSERVADOS

Leonov

Elkag

Trabajador No 2

Trabajador No 3

1228

Trabajador No 4

1221

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	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 Antifuídos	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )				

Razon 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:				


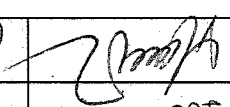
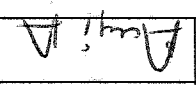
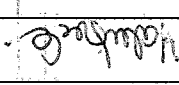
Estándares a evaluar

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 antiseptica si no amente lavado de manos.	5!	5!	5!	5!
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	5!	5!	5!	5!
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	5!	5!	5!	5!
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio: Mascarilla o por gotas; Mascarilla quirúrgica; guantes; gafas; Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes; guantes, gafas y gorro.	5!	5!	5!	5!

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

<b>CLÍNICA NUESTRA</b> SERVICIO DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/abril/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adrencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <b>Héctor Milena GARCÍA</b>			
FECHA DE INSPECCION: <b>Nov - 1/2021</b>			
TURNO: <b>M</b>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:			
TRABAJADORES OBSERVADOS:			
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
May Rocca	Gladi's	Angie	Ubaitu Es
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Ovuido		
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 lavad 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.	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascaratilla quirurgica, guantes, gafas. Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascaratilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. guantes, gafas y gorro.	SI	SI

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>		<b>Código: SST-FR-090</b>		<b>Fecha: 8/Abn/2020</b>		<b>Versión: 002</b>	
<b>Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad</b>							
5	Siempre descarta los contopunzantes 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 orificios 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		10					
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%					
FIRMA DEL COLABORADOR							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN							
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100							



<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad <b>Código:</b> SST-FR-090 <b>Fecha:</b> 8/ABR/2020 <b>Versión:</b> 002		<b>CLÍNICA MUESTRA</b> SENORA DE LOS REMEDIOS	
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> JENNY JAYRA		<b>CARGO</b> INSPECCIONA	
<b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> 1 de septiembre		<b>SERVICIO</b> CLÍNICA	
<b>TURNO</b> M		<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> X	
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>		<b>Trabajador No 1</b> Diana	
<b>Trabajador No 2</b> Nany Fda		<b>Trabajador No 3</b> Edward	
<b>Trabajador No 4</b> Leidy			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>			
1. Gorro	C	C	C
2. Gafas de Seguridad	NA	NA	C
3. Careta y/o Visor	C	C	NA
4. Mascarilla Convencional	C	C	C
5. Respirador N 95	C	C	C
6. Guantes	C	C	C
7. Bata Antifluidos	NA	NA	NA
8. Protector Auditivo	NA	NA	NA
9. Delantal Plástico	NA	NA	NA
10. Delantal en PVC	NA	NA	NA
11. Bolas	NA	NA	NA
12. Traje Especial	NA	NA	NA
13. Otro ( )			
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
<b>Estándares a evaluar</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiéptica si no amelia lavado de manos.	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al 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 Alto 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

07 NOV 2021

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad							
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
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 ornitos 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		10	10	10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		David. Manigla	Manigla	Manigla	Manigla	Manigla	Manigla
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	4	4	4	4	4
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4	4	4	4	4
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%	100%	100%	100%	100%	100%

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	
CLÍNICA NUESTRA SERENA DE LOS REMEDIOS		Fecha: 8/ABR/2020	
Version: 002			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		CARGO	
FECHA DE INSPECCION		SERVICIO	
TURNO		PROCEDIMIENTO OBSERVADO	
Trabajador No 1		Trabajador No 2	
Trabajador No 3		Trabajador No 4	
TRABAJADORES OBSERVADOS		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/CUMPLIMIENTO	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA		Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION		ESTÁNDARES A EVALUAR	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Divido		
4	Descoroca Estándar		
5	Otras Observaciones:		
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	Guañes	C	C
7	Bata Antibuños	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		ESTÁNDARES A EVALUAR	
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION		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.	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, guantes, gafas y gorro.	SI	SI

31 OCT 2021

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

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

Fecha: 8/Abn/2020

Versión: 002

Código: SST-FR-090

CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS



<b>CLÍNICA NUESTRA</b> SENORA DE LOS REMEDIOS		<b>Código:</b> SST-FR-090 <b>Fecha:</b> 8/Abril/2020 <b>Versión:</b> 002	
<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> Hilda Nolasco Riquelme			
<b>CARGO</b> Jefe de Mantenimiento			
<b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> 21 de Abril 2020			
<b>SERVICIO</b> Mantenimiento			
<b>TURNO</b> M			
<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> V			
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>			
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
Valentin Felix	Luz Eduard	Dora P	Neu F
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>			
1	2	3	4
Gorro	C	C	C
Gafas de Seguridad	C	C	C
Careta y/o Visor	NT	NT	NT
Mascarilla Convencional	C	C	C
Respirador N 95	C	C	C
Guantes	C	C	C
Bata Antibióticos	C	C	C
Protector Auditivo	C	C	C
Detallal Plástico	C	C	C
Detallal en PVC	C	C	C
Botas	C	C	C
Traje Especial	C	C	C
Otro ( )			
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SENALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
<b>Estándares a evaluar</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> 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 antiéptica 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 empleando 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 Adheso 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

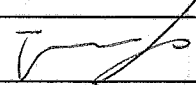
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA MUESTRA SERVICIO DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	Fecha: 8/Abril/2020	Version: 002
5	Siempre descarta los contropuntajes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, 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 ornificos 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				
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10				
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %				
FIRMA DEL COLABORADOR		VER				
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS						
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN						
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total						


<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad <b>CLÍNICA NUESTRA</b> <b>SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> <b>Código:</b> SST-FR-090 <b>Fecha:</b> 8/Abril/2020 <b>Versión:</b> 002		<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> Monica Moya <b>CARGO</b> Jefe de Mantenimiento		<b>FECHA DE INSPECCION</b> 30 OCT 2021		<b>SERVICIO</b> URU		<b>TURNO</b> M		<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> T		<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b> Trabajador No 1: Lyene Claudia Trabajador No 2: Claudia Diana Trabajador No 3: Diana Trabajador No 4: Leidy	
1	Gorro	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	N+	N+	N+	N+	N+	N+	N+	N+	N+	N+	N+	N+
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
7	Bata Antilíquidos	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9	Detallal Plástico	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
10	Detallal en PVC	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13	Otro ( )												
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b> CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN													
1	Elemento dañado												
2	No Disponible												
3	Olvido												
4	Desconoce Estándar												
5	Otras Observaciones:												
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO <b>Estándares a evaluar</b>													
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amente lavado de manos.	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica; guantes, gafas, aislamiento por contacto; Bata, guantes, gafas y gorro.	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!	S!

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							
5	Siempre descarta los contropuntajes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando 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 orificios 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		10		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%		100%			
FIRMA DEL COLABORADOR		Irving H.		Claudia			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total							



<b>CLÍNICA NUESTRA</b> SERVOA 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: <b>ALBA MORALES</b> CARGO: <b>COORDINADORA DE SEGURIDAD</b> FECHA DE INSPECCION: <b>23/04/2020</b> SERVICIO: <b>LABORATORIO</b> TURNO: <b>M</b>											
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: <b>LABORATORIO</b>											
TRABAJADORES OBSERVADOS: <table border="1"> <tr> <td>Trabajador No 1</td> <td>Trabajador No 2</td> <td>Trabajador No 3</td> <td>Trabajador No 4</td> </tr> <tr> <td>Leonora</td> <td>Edna</td> <td>Elva</td> <td>CRUZ</td> </tr> </table>				Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	Leonora	Edna	Elva	CRUZ
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4								
Leonora	Edna	Elva	CRUZ								
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 Antifluidos 8 Protector Auditivo 9 Dental Plástico 10 Dental en PVC 11 Bata 12 Traje Especial 13 Otro ( )											
Razon de No Uso del Elemento de Protección Personal 1 C 2 C 3 C 4 C 5 C 6 C 7 C 8 C 9 C 10 C 11 C 12 C 13 C											
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE 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 lavado de manos.	SI	SI								
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al 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, aerosoles: Mascara 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/Abn/2020		Versión: 002	
5	Siempre descarta los contopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando 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 ornatos 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		 CONOR.							
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 RÓMANOS

CLÍNICA NUESTRA SERVICIO DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 14/04/2020		Versión: 002	
5	Siempre descartar los contaminantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando recontaminar aguas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardan 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 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		100%	100%	100%	100%
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		100%	100%	100%	100%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Dr. [Firma]	Dr. [Firma]	Dr. [Firma]	Dr. [Firma]
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					