

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020			
		Versión: 002			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Viviana Potes				
CARGO	Iden Servicio al Cliente				
FECHA DE INSPECCIÓN	04/11/2021				
SERVICIO	Servicio al cliente, control, manejo, información				
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Jencarlo	Trabajador No 2 Viviana Potes	Trabajador No 3 Luisa Figueroa	Trabajador No 4 Flor Navea	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		C: CUMPLE	NC: NO CUMPLE	NT: NO TIENE	NA: NO APLICA
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor				
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95				
6	Guantes				
7	Bata Antifluidos				
8	Protector Auditivo				
9	Delantal Plástico				
10	Delantal en PVC				
11	Botas				
12	Traje Especial				
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	N/A	N/A	N/A	N/A
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *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



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		7	7	7	7
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		7	7	7	7
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		N/A	N/A	N/A	N/A
FIRMA DEL COLABORADOR		Jean Carlos Vulp	Luisa	Luisa	F
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4 trabajadores			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4 trabajadores			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		todos cumplen al 100%			



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Viviana Potes				
CARGO	Lider Servicio al Cliente				
FECHA DE INSPECCIÓN	03/11/2021				
SERVICIO	servicio al cliente, control, tamizaje, información				
TURNO	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Sandra C	Trabajador No 2 Nini Geraldin	Trabajador No 3 Julian Diaz	Trabajador No 4 Diana Duran	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor				
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95				
6	Guantes				
7	Bata Antifluidos				
8	Protector Auditivo				
9	Delantal Plástico				
10	Delantal en PVC				
11	Botas				
12	Traje Especial				
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	N/A	N/A	N/A	N/A
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *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.	Sí	Sí	Sí	Sí
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Sí	Sí	Sí	Sí
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Sí	Sí	Sí	Sí
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Sí	Sí	Sí	Sí
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		7	7	7	7
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		7	7	7	7
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		N/A	N/A	N/A	N/A
FIRMA DEL COLABORADOR		[Firma] M. Dely Joliana D. Hernández			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4 trabajadores			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4 trabajadores			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
Fecha: 8/Abril/2020					
Versión: 002					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Viviana Potes				
CARGO	lider servicio al cliente				
FECHA DE INSPECCIÓN	02/11/2021				
SERVICIO	servicio al cliente, control, tamizaje, información				
TURNOS	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Iurso Figueroa	Trabajador No 2 Flornandez	Trabajador No 3 Viviana Potes	Trabajador No 4 Jean Carlos	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor				
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95				
6	Guantes				
7	Bata Antifluidos				
8	Protector Auditivo				
9	Delantal Plástico				
10	Delantal en PVC				
11	Botas				
12	Traje Especial				
13	Otro ( )				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	N/A	N/A	N/A	N/A
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *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		7	7	7	7
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		7	7	7	7
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		N/A	N/A	N/A	N/A
FIRMA DEL COLABORADOR		Luisa Delf	Fern	Walter	Jean Carlos
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4 trabajadores			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4 trabajadores			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		Todos cumplen al 100%.			



 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>		Código: SST-FR-090		
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Fecha: 8/Abril/2020		
Versión: 002				
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Viviana Potes			
CARGO	Idem Servicio al Cliente			
FECHA DE INSPECCIÓN	29/10/2021			
SERVICIO	Servicio al Cliente, Control, Trazaje, Información			
TURNOS	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Sandra C	Trabajador No 2 Nini Geraldin	Trabajador No 3 Juliana Diaz	
	Trabajador No 4 Diana Duran			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C
3	Careta y/o Visor			
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95			
6	Guantes			
7	Bata Antifluidos			
8	Protector Auditivo			
9	Delantal Plástico			
10	Delantal en PVC			
11	Botas			
12	Traje Especial			
13	Otro ( )			
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible			
3	Olvido			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO				
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	N/A	N/A	N/A
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *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

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