


01 ENE 2022		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		Jenny Parra			
CARGO		T. Respiratoria			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		UCI NED			
TURNOS		M <u>X</u> T <u>X</u> N <u> </u>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: <u>Silvia</u> Trabajador No 2: <u>Irene</u> Trabajador No 3: <u>Diana</u> Trabajador No 4: <u>Cruz</u>			
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	NA	C
3	Careta y/o Visor	NA	NA	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	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 ()				
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.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

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.	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		1000/10	1000/10	1000/10	1000/10
FIRMA DEL COLABORADOR		Silvia	Irana H	Diana P	Ortiz
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


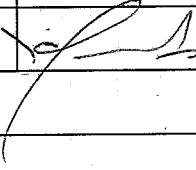
02 ENE 2022		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
				Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Hilda Milena Rivas			
CARGO		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN		2020			
SERVICIO		M			
TURNOS		M T N			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Luz Fride Trabajador No 2: Inene Hilda Trabajador No 3: Cruz Trabajador No 4: Gladys			
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	C	C	C	C
6	Gautes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	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 ()				
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.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

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.	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		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		100%			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

02 ENE 2022		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	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Jenny P. P. P.			
CARGO		T. Española			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		UCI NEO			
TURNO		M		T	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1		Trabajador No 2	
		Elsa		Dianon Silvia	
				Jenny	
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	NA	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	C	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Gautes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	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 ()				
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.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio: Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

 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.	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		Elia M.	Dionaur	Silvia	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


03 ENE 2022		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		Valentina Escobar			
CARGO		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN		03/12/22			
SERVICIO		CIAMAR			
TURNO		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Ma. C	Leonor	Edward	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	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	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 ()				
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.	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI

 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.	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		Manac	teana		claudia muno
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


03 ENE 2022		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		Jenny Parra			
CARGO		T. Respiratoria			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		UCL NEO			
TURNOS		M _____ T _____ N <u>X</u>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Irene	Maria Fda	Cruz	Jessy P.
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	NA	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	C	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	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 ()				
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.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

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.	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		Liana H.	MARICOLAR	ELU2	junyhuo
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

04 ENE 2022		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		ALEXA MATUDIN			
CARGO		TERAPEUTA RESPIRATORIA			
FECHA DE INSPECCIÓN		04-ENERO 2022			
SERVICIO		UCF NEO			
TURNO		M <u>X</u>		T <u>X</u> N	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		LUZ ENIP	EDUARDO	BLSA	GLADIS
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	NC	NC	NC	NC
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NC	NC	NC	NC
8	Protector Auditivo	NO	NC	NC	NC
9	Delantal Plástico	NC	NC	NC	NC
10	Delantal en PVC	NC	NC	NC	NC
11	Botas	NC	NC	NC	NC
12	Traje Especial	NC	NC	NC	NC
13	Otro ()	NC	NC	NC	NO
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.	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI

 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.	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	6/6
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		ky Enel			ky
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

04 ENE 2022		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		Huda Milena Ramirez			
CARGO		Terapeuta Respiratoria			
FECHA DE INSPECCIÓN		4-ENE 2022			
SERVICIO		UCI Neonatal			
TURNOS		M T N			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Valentin Es. Trabajador No 2: Angelo Trabajador No 3: Leonor Trabajador No 4:			
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	Na	Na	Na	
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	
5	Respirador N 95	C	C	C	
6	Gantes	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	Botas	Na	Na	Na	
12	Traje Especial	Na	Na	Na	
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.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio: Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

 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.	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%	
FIRMA DEL COLABORADOR		Uge	Andrea Escobar V.	Leonor	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

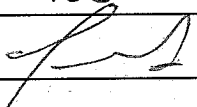
05 ENE 2022		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Jenny Parra			
CARGO		T. Respiratoria			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		UCI NEO			
TURNOS		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Silvia	María Fdo	Leidy	Elsa
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	NA	C	C
3	Careta y/o Visor	NA	C	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Gantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	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 ()				
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.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

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.	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		1000%	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		1000%	1000%	1000%	1000%
FIRMA DEL COLABORADOR			Monarca	Reynier	Alvar
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

06 ENE 2022		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		Alexa M. Riquelme			
CARGO		Fisioterapeuta			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO					
TURNOS		M	T	N	2
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Ediarael	Cruz		
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C		
2	Gafas de Seguridad	C	C		
3	Careta y/o Visor	Na	Na		
4	Mascarilla Convencional	C	C		
5	Respirador N 95	C	C		
6	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 ()				
Razón de No-Use 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		
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si		
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si		
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si		



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

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

05 ENE 2022		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		Jenny Parra			
CARGO		Respiratorio			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		UCI Neo			
TURNO		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Leonor Trabajador No 2: Gladys Trabajador No 3: Leydi Trabajador No 4: Valentina			
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	NA	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	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 ()	NA	NA	NA	NA
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.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

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