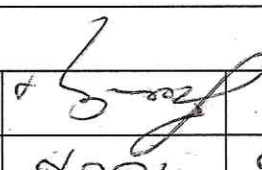





CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biotseguridad				Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abr/2020					
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando 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							
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		Fecha: 8/Abn/2020		Versión: 002	
<b>CLÍNICA NUESTRA</b> <b>SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>							
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> Sandra Guerrero							
<b>CARGO</b> Ejecutiva							
<b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> 26-01/23							
<b>SERVICIO</b> Parto							
<b>TURNO</b> M							
<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b>							
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>							
Trabajador No 1		Trabajador No 2		Trabajador No 3		Trabajador No 4	
Ingrid Alvarado		Raúl Zapata		Jesus Galanos		Juliana Lopez	
<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	C	C	C	C	C	C
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 Antibufo	C	C	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C	C	C	C
9	Delantal Plástico	C	C	C	C	C	C
10	Delantal en PVC	C	C	C	C	C	C
11	Botas	C	C	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C	C	C
13	Otro ( )	C	C	C	C	C	C
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>							
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN							
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 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	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 Adh. 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	SI	SI



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

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
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Jilberto Becerra	
CARGO		Especialista	
FECHA DE INSPECCIÓN		01/04/2020	
SERVICIO		Pavimentación	
TURNO		M	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		X	
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Jilberto Becerra
		Trabajador No 2	D. Alvaro Delgado
		Trabajador No 3	D. Alvaro Delgado
		Trabajador No 4	D. Alvaro Delgado
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	Gaules	C	C
7	Bata Antifluidos	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			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvído		
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 antiseptica si no amerita lavado de manos.	Sí	Sí
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Sí	Sí
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Sí	Sí
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aéreo: 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.	Sí	Sí

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




CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Lidia Wang Reyes M.			
CARGO		Enfermera			
FECHA DE INSPECCIÓN		25/03/2022			
SERVICIO		S. de Partos			
TURNO		M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		1			
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1 Trabajador No 2 Trabajador No 3 Trabajador No 4			
Usos de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento		C: CUMPLE    NC: NO CUMPLE    NT: NO TIENE    NA: NO APLICA			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		1 Gorro 2 Gafas de Seguridad 3 Careta y/o Visor 4 Mascareta Convencional 5 Respirador N 95 6 Guantes 7 Bata Antibióticos 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		1 Gorro: C 2 Gafas de Seguridad: C 3 Careta y/o Visor: C 4 Mascareta Convencional: C 5 Respirador N 95: C 6 Guantes: C 7 Bata Antibióticos: C 8 Protector Auditivo: C 9 Delantal Plástico: C 10 Delantal en PVC: C 11 Bata: C 12 Traje Especial: C 13 Otro ( ): C			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE 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.	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
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	S	S	S	S
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascareta quirúrgica, guantes, gafas, Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascareta de alta eficiencia N95, gafas y guantes, Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	S	S	S	S





25 - 640-2522

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b>		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abri/2020	Versión: 002
<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> <i>Lucy-Deja-Uribe</i>					
<b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> <i>25-640-2522</i>					
<b>SERVICIO</b>					
<b>TURNO</b> <i>M</i>					
<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b>					
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>					
Trabajador No 1 <i>Lucy-Deja-Uribe</i>		Trabajador No 2 <i>Georgina</i>		Trabajador No 3 <i>Don-Andrés</i>	
Trabajador No 4					
<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
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Gautes	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
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>					
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> S: SEÑALA 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 antiséptica si no amerita lavado de manos.	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
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	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 Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gomo.	S	S	S	S

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 cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, 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 officios 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		
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%		
FIRMA DEL COLABORADOR		Dr. Katherine Escobar Z				
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		3				
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		3				
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		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			
Versión: 002			
Fecha: 8/Abn/2020			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Sandra Guerrero			
FECHA DE INSPECCIÓN 12-01/22			
SERVICIO Partos			
TURNO M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO			
TRABAJADORES OBSERVADOS			
Trabajador No 1		Trabajador No 2	
Robby Aguilar		Lidy Lopez	
Trabajador No 3		Trabajador No 4	
Ismael Garcia		Ana Maria Arca	

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	Gautes	C	C
7	Bata Antibufo	C	C
8	Protector Auditivo	C	C
9	Delantal Plastico	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			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE CON UNA OX SEGUN OPCION			
Estándares a evaluar			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO			

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: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, 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		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020			
5	Siempre desinfecta los corropunzantes 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 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		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 100 %			

CLÍNICA NUESTRA SERENA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abn/2020			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		JULIANE LARAY			
CARGO		CATEDRATICA			
FECHA DE INSPECCIÓN		01/07/2020			
SERVICIO		LABORATORIO			
TURNO		M			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: <b>Patricio</b> Trabajador No 2: <b>Juliana</b> Trabajador No 3: <b>Dr. Balazs</b> Trabajador No 4: <b>Dr. Ocho</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					
1	Gorro				
2	Gafas de Seguridad				
3	Careta y/o Visor				
4	Mascarilla Convencional				
5	Respirador N 95				
6	Guañes				
7	Bata Antibuñes				
8	Protector Auditivo				
9	Delantal Plástico				
10	Delantal en PVC				
11	Botas				
12	Traje Especial				
13	Otro ( )				
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 amena 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 derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o				
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro.				

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/ABR/2020		Versión: 002	
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	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	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	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	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	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	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							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total		4/4 X 100 = 100%					



CLÍNICA NUESTRA SERENA 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: Sandra Guerrero							
Cargo: Enfermera							
Fecha de inspección: 23/04/20							
Servicio: Parafos							
Turno: M							
Procedimiento observado: T							
Trabajadores observados: N							
Trabajador No 1 Paola Zapata Trabajador No 2 Angelid Alvarez Trabajador No 3 Juliana Benitez Trabajador No 4 Ana Maria Hernandez							
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA							
1	Gorro	C	C	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C	C	C
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 Antibulidos	C	C	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	C	C	C	C	C
9	Delantal Plástico	C	C	C	C	C	C
10	Delantal en PVC	C	C	C	C	C	C
11	Botas	C	C	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C	C	C
13	Otro ( )	C	C	C	C	C	C
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	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, *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI	SI	SI

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. 4		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. 4		Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100	
FIRMA DEL COLABORADOR									
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100 %		100 %		100 %		100 %	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10		10		10		10	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10		10		10		10	
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
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin officios y con suela antideslizante.	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
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
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlo, reempulsar agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Versión: 002

Fecha: 8/Abril/2020

Código: SST-FR-090

CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

23-05-2022

<b>CLÍNICA NUESTRA</b> SERVICIO DE LOS REMEDIOS		<b>Código:</b> SST-FR-090 <b>Fecha:</b> 8/Abn/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> [Firma]		<b>CARGO</b> [Firma]	
<b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> 23-05-2022		<b>SERVICIO</b> [Firma]	
<b>TURNO</b> M		<b>PROCEIMIENTO OBSERVADO</b> [Firma]	
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>		<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>	
Trabajador No 1 [Firma]	Trabajador No 2 [Firma]	Trabajador No 3 [Firma]	Trabajador No 4 [Firma]
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA X SEGUN OPCION			
1	2	3	4
Elemento dañado	No Disponible	Olvído	Desconoce Estándar
5	6	7	8
Otras Observaciones:			
<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 antiséptica si no amerita lavado de manos.	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, eeficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.
SI	SI	SI	SI
SI	SI	SI	SI
SI	SI	SI	SI
SI	SI	SI	SI

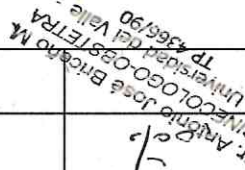


Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	Fecha: 8/Abril/2020	Versión: 002
5	Siempre descartar los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	✓	✓	✓	✓	✓
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	✓	✓	✓	✓	✓
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	✓	✓	✓	✓	✓
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	✓	✓	✓	✓	✓
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin oficinas y con suela antideslizante.	✓	✓	✓	✓	✓
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	✓	✓	✓	✓	✓
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						
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4	Dra. Katherine Escobar Médico General R.M. 763731/10 FUSM			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4	4/4 → 100%			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Observados*100						

21 - 650-2022

1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Cartera y/o Visor	NC	NC	NC	NC
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Gantes	C	C	C	C
7	Bata Antibiótica	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

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 derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	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 gomo.	SI	SI	SI	SI

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 contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar agujas y doblar o reencapsular a partir de cuchillas.	SS	SS	SS			
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SS	SS	SS			
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SS	SS	SS			
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SS	SS	SS			
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ornamentos y con suela antideslizante.	SS	SS	SS			
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SS	SS	SS			
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%			
FIRMA DEL COLABORADOR		<div style="text-align: center;">  <p>Dr. Antonio José Briceño M. GINECOLOGO-OBSTETRA Universidad del Valle TP 4366790</p> </div>					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4					
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		4					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 100%					



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

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA

FECHA DE INSPECCIÓN

SERVICIO

TURNO

PROCEDIMIENTO OBSERVADO

TRABAJADORES OBSERVADOS

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	NC	NC	NC
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Gautes	C	C	C	C
7	Bata Antibulidos	C	C	C	C
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) 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.	C	C	C	C
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	C	C	C	C
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	C	C	C	C
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Adreco o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, eferencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gomo.	C	C	C	C

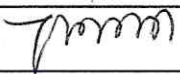
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. 4		Trabajadores Observados*100	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
FIRMA DEL COLABORADOR		FIRMA DEL COLABORADOR	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		TOTAL ITEMS OBSERVADOS	
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	5	5
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin onículos y con suela antideslizante.	5	5
8	Mantener el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	5	5
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	5	5
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	5	5
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	5	5

Juliana Benítez Owen  
Ginecología y Obstetricia  
U.P. 685224

4/4 = 100%

 <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b> Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abri/2020 Versión: 002	
<b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
<b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b> Lina María Rojas Mejía			
<b>CARGO</b> Enfermera			
<b>FECHA DE INSPECCIÓN</b> Mayo 22/2022			
<b>SERVICIO</b> S. de Partos			
<b>TURNO</b> M			
<b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b> 1			
<b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>			
Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
Ledy J. Ruby A.	Dr. Belar		
<b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	2	3	4
Como	Gafas de Seguridad	Careta y/o Visor	Mascarilla Convencional
			Respirador N 95
			Guantes
			Bata Antifluidos
			Protector Auditivo
			Delantal Plástico
			Delantal en PVC
			Botas
			Traje Especial
			Otro ( )
<b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	2	3	4
Elemento dañado	No Disponible	Olvído	Desconoce Estándar
			Otras Observaciones:
<b>Estándares a evaluar</b>			
<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> MARQUE SI NO NA SEGÚN 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.			
Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.			
Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.			
Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Adentro 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.			



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 descarta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardán 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 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 OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4							
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100									

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	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA <i>Lucy Bogli S.</i>		FECHA DE INSPECCIÓN <i>04/12/20</i>		SERVICIO <i>LABOR</i>	
TURNO <i>M</i>		PROCEDIMIENTO OBSERVADO <i>1</i>		TRABAJADORES OBSERVADOS <div> <div>Trabajador No 1</div> <div>Trabajador No 2</div> <div>Trabajador No 3</div> <div>Trabajador No 4</div> </div>	
<p>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</p> <p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA</p>					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Caretas y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guañes	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
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.	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
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	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 Respiratorio por aerosoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes, Aislamiento por contacto; Bata, guantes, gafas y gomo.	S	S	S	S

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 cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar, reencapsular agujas y doblar, o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
	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
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		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		4/4 x 100 = 100%			