

|  |                        |   |                        |
|--|------------------------|---|------------------------|
| <b>CLÍNICA NUESTRA</b><br>SEÑORA DE LOS REMEDIOS   |                        | Código: SST-FR-090<br>Fecha: 8/Abr/2020<br>Versión: 002 |                        |
| <b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad   |                        |   |                        |
| <b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b><br>J. L. B. S.  |                        | <b>CARGO</b><br>Inspector                               |                        |
| <b>FECHA DE INSPECCIÓN</b><br>11/04/20   |                        | <b>SERVICIO</b><br>Higiene                              |                        |
| <b>TURNO</b><br>M  |                        | <b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b><br>X                     |                        |
| <b>Trabajador No 1</b>   | <b>Trabajador No 2</b> | <b>Trabajador No 3</b>                                  | <b>Trabajador No 4</b> |
| <b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b><br>P. J. Z. I. J. B. D. P. J. B.  |                        |   |                        |
| <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   | C                      | C   | C                      |
| 3 Careta y/o Visor   | C                      | C   | C                      |
| 4 Mascarella Convencional  | C                      | C   | C                      |
| 5 Respirador N 95  | C                      | C   | C                      |
| 6 Guantes  | C                      | C   | C                      |
| 7 Bota Antidifusos   | C                      | C   | C                      |
| 8 Protector Auditivo   | C                      | C   | C                      |
| 9 Delantal Plástico  | C                      | C   | C                      |
| 10 Delantal en PVC   | C                      | C   | C                      |
| 11 Bolas   | C                      | C   | C                      |
| 12 Traje Especial  | C                      | C   | C                      |
| 13 Otro ( )  | 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 flicción antiséptica si no amerita lavado de manos.  | S                      | S   | S                      |
| 2 Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.  | S                      | S   | S                      |
| 3 Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  | S                      | S   | S                      |
| 4 Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarella quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarella de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bota, guantes, gafas y gorro. | S                      | S   | S                      |


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

**Código:** SST-FR-090

**Fecha:** 8/Abn/2020

**Versión:** 002

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



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad   |                     |
|---|---------------------|
| CLÍNICA NUESTRA<br>SEÑORA DE LOS REMEDIOS   |                     |
| Código: SST-FR-090  | Fecha: 8/Abril/2020 |
| Versión: 002  |                     |
| <b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b><br>1. Luis de la Cruz  |                     |
| <b>CARGO</b><br>1. Asesor   |                     |
| <b>FECHA DE INSPECCIÓN</b><br>12 de Abril 2020  |                     |
| <b>SERVICIO</b><br>1. X   |                     |
| <b>TURNO</b><br>1. M  |                     |
| <b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b><br>1. M  |                     |
| <b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b><br>1. Trabajador No 1<br>2. Trabajador No 2<br>3. Trabajador No 3<br>4. 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>   |                     |
| <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 OPCIÓN   |                     |
| <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b> MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO   |                     |
| <b>Estándares a evaluar</b>   |                     |
| <b>5</b> Otras Observaciones:   |                     |
| <b>4</b> Desconoce Estándar   |                     |
| <b>3</b> Olvido   |                     |
| <b>2</b> No Disponible  |                     |
| <b>1</b> Elemento dañado  |                     |
| <b>13</b> Otro ( )  |                     |
| <b>12</b> Traje Especial  |                     |
| <b>11</b> Bolas   |                     |
| <b>10</b> Delantal en PVC   |                     |
| <b>9</b> Delantal Plástico  |                     |
| <b>8</b> Protector Auditivo   |                     |
| <b>7</b> Bata Antifluidos   |                     |
| <b>6</b> Guantes  |                     |
| <b>5</b> Respirador N 95  |                     |
| <b>4</b> Mascara Convencional   |                     |
| <b>3</b> Careta y/o Visor   |                     |
| <b>2</b> Gafas de Seguridad   |                     |
| <b>1</b> Gomo   |                     |
| <b>4</b> Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascara o quiniro; guantes, gafas, protección por contacto; Bata, guantes, gafas y gomo. |                     |
| <b>3</b> Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o  |                     |
| <b>2</b> Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.  |                     |
| <b>1</b> Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.  |                     |



| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.   |  | Trabajadores Observados*100   |    |
|-------------------------------|--|-------------------------------|----|
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS |  | TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS |    |
| QUE CUMPLEN                   |  | QUE CUMPLEN                   |    |
| 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 los procedimientos como: antillos, cadenas, pulseras, etc.  | 55                            | 55 |
| 9                             | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin ondulaciones y con suela antideslizante.  | 55                            | 55 |
| 8                             | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.  | 55                            | 55 |
| 7                             | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.  | 55                            | 55 |
| 6                             | Verifica el estado del guardián antes de su uso.   | 55                            | 55 |
| 5                             | Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrarlos, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas. | 55                            | 55 |

| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad   |  |
|---|--|
| <b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b><br><b>CARGO</b><br><b>FECHA DE INSPECCIÓN</b><br><b>SERVICIO</b><br><b>TURNO</b>   | <b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b><br>Trabajador No 1<br>Trabajador No 2<br>Trabajador No 3<br>Trabajador No 4   |
| <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b><br>1 Gorro<br>2 Gafas de Seguridad<br>3 Careta y/o Visor<br>4 Mascareta Convencional<br>5 Respirador N 95<br>6 Guantes<br>7 Bota Antibulidos<br>8 Protector Auditivo<br>9 Delantal Plástico<br>10 Delantal en PVC<br>11 Bolas<br>12 Traje Especial<br>13 Otro ( )   | <b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b><br>1 Elemento dañado<br>2 No Disponible<br>3 Olvido<br>4 Desconoce Estándar<br>5 Otras Observaciones: |
| <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><br>Estándares a evaluar 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.<br>2 Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo y hasta el final del mismo.<br>3 Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o<br>4 Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascareta quirúrgica, guantes, gafas, eficiencia N95, gafas y guantes, aislamiento por contacto; Bata, guantes, gafas y gorro. | 1 S<br>2 S<br>3 S<br>4 S   |


| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Biosseguridad |   | Código: SST-FR-090 |      | Fecha: 8/Abril/2020 |      | Versión: 002 |      |
|--|---|--------------------|------|---------------------|------|--------------|------|
| 5  | Siempre descarta los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, 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 con suela antideshiscente.  | Si                 | Si   | Si                  | Si   | Si           | Si   |
|  |   | Si                 | Si   | Si                  | Si   | Si           | Si   |
| 10   | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de 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 Trabajadores Observados*100                |   | 4/4 x 100 = 100%   |      |                     |      |              |      |



| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad |  | Código: SST-FR-090      |  |
|---|--|-------------------------|--|
| Versión: 002  |  | Fecha: 8/Abr/2020       |  |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   |  | CARGO                   |  |
| Livia María Reyes Moya  |  | Enfermera               |  |
| FECHA DE INSPECCIÓN   |  | SERVICIO                |  |
| 17/2/2022   |  | Salud de Niños          |  |
| TURNO   |  | PROCEDIMIENTO OBSERVADO |  |
| M   |  |                         |  |
| Trabajador No 1   |  | Trabajador No 2         |  |
| Dra. Sara G. Méndez Jond A  |  | Trabajador No 3         |  |
| Trabajador No 4   |  | Livia R                 |  |
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/CUMPLIMIENTO  |  |                         |  |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA                       |  |                         |  |
| 1   | Gorro  |                         |  |
| 2   | Gafas de Seguridad   |                         |  |
| 3   | Careta y/o Visor   |                         |  |
| 4   | Mascarilla Convencional  |                         |  |
| 5   | Respirador N 95  |                         |  |
| 6   | Guantes  |                         |  |
| 7   | Bata Antibueltas   |                         |  |
| 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   | Ovillo   |                         |  |
| 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.  |                         |  |
| 2   | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.  |                         |  |
| 3   | Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  |                         |  |
| 4   | Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento Respiratorio por aerosoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. |                         |  |





|  <b>CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS</b><br>Código: SST-FR-090   |                 | Fecha: 8/Abn/2020<br>Versión: 002 |                 |
|--|-----------------|-----------------------------------|-----------------|
| <b>Formato:</b> Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad   |                 |                                   |                 |
| <b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b><br>Sandra Guerrero  |                 |                                   |                 |
| <b>FECHA DE INSPECCIÓN</b><br>11/01/22   |                 |                                   |                 |
| <b>SERVICIO</b><br>Partos  |                 |                                   |                 |
| <b>TURNO</b><br>M  |                 |                                   |                 |
| <b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b>   |                 |                                   |                 |
| <b>TRABAJADORES OBSERVADOS</b>   |                 |                                   |                 |
| Trabajador No 1  | Trabajador No 2 | Trabajador No 3                   | Trabajador No 4 |
| Puys Aguilar   | Isabel Peralta  | Sara Guedes                       | Julian 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               |
| 2 Gafas de Seguridad   | C               | C                                 | C               |
| 3 Careta y/o Visor   | C               | C                                 | C               |
| 4 Mascara Convencional   | C               | C                                 | C               |
| 5 Respirador N 95  | C               | C                                 | C               |
| 6 Guantes  | C               | C                                 | C               |
| 7 Bata Antifluidos   | C               | C                                 | C               |
| 8 Protector Auditivo   |                 |                                   |                 |
| 9 Delantal Plástico  |                 |                                   |                 |
| 10 Delantal en PVC   |                 |                                   |                 |
| 11 Bolas   |                 |                                   |                 |
| 12 Traje Especial  |                 |                                   |                 |
| 13 Otro ( )  |                 |                                   |                 |
| <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 amelia lavado de manos.   | SI              | SI                                | SI              |
| 2 Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.  | SI              | SI                                | SI              |
| 3 Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  | SI              | SI                                | SI              |
| 4 Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascara quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascara de alta eficiencia N95, gafas y guantes, guantes, gafas y gorro. | SI              | SI                                | SI              |

| CLÍNICA NUESTRA<br>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 descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, reemplazar 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 con suela antideslizante, calzado cerrado, sin ornamentos y joyas durante la realización de procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc. | SI  | SI    | SI           | SI    |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS  | 10  | 10  | 10    | 10           | 10    |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN   | 10  | 10  | 10    | 10           | 10    |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO  | 100 %   | 100 %   | 100 % | 100 %        | 100 % |
| FIRMA DEL COLABORADOR   |   |   |       |              |       |
| 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<br>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  |   |   |                 |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA   |   | JULIO RIVERA  |                 |
| CARGO   |   | SUPERVISOR  |                 |
| FECHA DE INSPECCIÓN   |   | 10/07/2020  |                 |
| SERVICIO  |   | LABORATORIO   |                 |
| TURNO   |   | M   |                 |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO   |   |   |                 |
| TRABAJADORES OBSERVADOS   |   | Trabajador No 1   | Trabajador No 2 |
|   |   | Trabajador No 3   | 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               |
| 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   | 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               |
| 2   | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.   | S   | S               |
| 3   | Realiza los procedimientos empleando 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, gaules, gafas, Aislamiento por contacto: Bata, eficiencia N95, gafas y gaules, guantes, gafas y gorro. | S   | S               |



| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No.   |  | Trabajadores que cumplen/Total            |    | Trabajadores Observados*100   |    |
|-------------------------------|--|---|----|-------------------------------|----|
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS |  | TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN |    | TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS |    |
| FIRMA DEL COLABORADOR         |  |   |    |                               |    |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO    |  | 100%                                      |    | 100%                          |    |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN       |  | 10  |    | 10                            |    |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS        |  | 10  |    | 10                            |    |
| 5                             | Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, 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 |

4/4 X 100 = 100%

|    |                         |   |   |   |   |
|----|-------------------------|---|---|---|---|
| 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 Antibióticos       | 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.  | 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 aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  | C | C | C | C |
| 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. | C | C | C | C |

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

**Código:** SST-FR-090

**Fecha:** 8/Abril/2020

**Versión:** 002

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

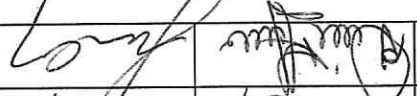
**CLÍNICA NUESTRA**


**SERENA DE LOS REMEDIOS**

4/4 = 100%



| Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad               |  | Código: SST-FR-090                                |   |
|---|--|---|---|
| Versión: 002  |  | Fecha: 8/abril/2020                               |   |
| <b>NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA</b><br>Dra. María del Carmen Ruiz  |  | <b>FECHA DE INSPECCIÓN</b><br>9/4/2022            |   |
| <b>SERVICIO</b><br>Sala de Partos   |  | <b>TURNO</b><br>M                                 |   |
| <b>PROCEDIMIENTO OBSERVADO</b><br>1   |  | <b>Trabajador No 1</b><br>Paola Zapata Beaulieu   |   |
| <b>Trabajador No 2</b><br>Dr. Fernando de la Cruz   |  | <b>Trabajador No 3</b><br>Dr. Fernando de la Cruz |   |
| <b>Trabajador No 4</b><br>Dr. Fernando de la Cruz   |  |   |   |
| <b>Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento</b><br>C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA |  |   |   |
| <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b>   |  |   |   |
| 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   | Gantes   | C   | C |
| 7   | Bata Antibióticos  | 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 |
| <b>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</b><br>SENALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN                     |  |   |   |
| <b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:</b>   |  |   |   |
| 1   | Elemento dañado  |   |   |
| 2   | No Disponible  |   |   |
| 3   | Olvio  |   |   |
| 4   | Desconoce Estándar   |   |   |
| 5   | Otras Observaciones:   |   |   |
| <b>Estándares a evaluar</b><br>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 amanta 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 empleando 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. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | S   | S |

| 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 desecha los contenedores 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 designados 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 con suela antideslizante, calzado cerrado, sin ornatos y  | 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   |   | 4   |      |                     |      |              |      |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN   |   | 4   |      |                     |      |              |      |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total  |   | 4/4   |      |                     |      |              |      |


**CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**  
 ginecología y obstetricia  
 T.P. 68524







| CLÍNICA NUESTRA<br>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   |      |              |      |
| 5  | Siempre desecha los contenedores inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas. | Si  | Si   | Si           | Si   |
| 6  | Verifica el estado del guante 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           | 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  |   |      |              |      |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN  | 4  |   |      |              |      |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 | 4/4 x 100 = 100  |   |      |              |      |

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

Fecha: 8/abril/2020

Versión: 002

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA

Andrés Guerrero

CARGO

Gerente

FECHA DE INSPECCIÓN

8-5/22

SERVICIO

Partos

TURNO

M

PROCEDIMIENTO OBSERVADO

N

TRABAJADORES OBSERVADOS

Trabajador No 1 Claudia Zúñiga  
Trabajador No 2 Ruby Aguilar  
Trabajador No 3 Margarita Bello  
Trabajador No 4 Estefany Masias

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        | C | C | C | C |
| 4  | Mascarilla Convencional | C | C | C | C |
| 5  | Respirador N 95         | C | C | C | C |
| 6  | Gantes                  | 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 |

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SENALE CON UNA (X) SEGUN OPCION

|   |                      |  |  |  |  |
|---|----------------------|--|--|--|--|
| 1 | Elemento dañado      |  |  |  |  |
| 2 | No Disponible        |  |  |  |  |
| 3 | Ovido                |  |  |  |  |
| 4 | Desconoce Estándar   |  |  |  |  |
| 5 | Otras Observaciones: |  |  |  |  |

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 | 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 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 gomo. | SI | SI | SI | SI |

[illegible]



NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Carolina G. P.  
CARGO: Enfermera  
FECHA DE INSPECCIÓN: 8-2022  
SERVICIO: Emergencia  
TURNO: M  
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: 1  
TRABAJADORES OBSERVADOS:  
Trabajador No 1: Raul  
Trabajador No 2: Jose  
Trabajador No 3: Alvaro  
Trabajador No 4: Gerardo

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  | Caretas y/o Visor       | C | C | C | C |
| 4  | Mascarilla Convencional | C | C | C | C |
| 5  | Respirador N 95         | C | C | C | C |
| 6  | Guaantes                | 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: - 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.  | 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 aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  | C | C | C | C |
| 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. | C | C | C | C |

| CLÍNICA NUESTRA<br>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/Abri/2020  |      |              |      |
| 5  | Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando, concentrado, 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 ornidos 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  |  | • Waddell   |      |              |      |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS  |  | 4   |      |              |      |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS 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 Bioseguridad  |   | Código: SST-FR-090 |   | Fecha: 8/abril/2020 |   | Versión: 002    |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|--------------------|---|---------------------|---|-----------------|---|---|----|----|----|---|---|---|---|---|----|----|----|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA  |   | JUAN CARLOS        |   |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CARGO  |   | JEFE DE AREA       |   |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| FECHA DE INSPECCION  |   | 8/abril/2020       |   |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| SERVICIO   |   | LABORATORIO        |   |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TURNO  |   | M                  |   |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO  |   | M                  |   |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TRABAJADORES OBSERVADOS  |   | Trabajador No 1    |   | Trabajador No 2     |   | Trabajador No 3 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   | JUAN CARLOS        |   | JUAN CARLOS         |   | JUAN CARLOS     |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   | Trabajador No 4    |   | Trabajador No 5     |   | Trabajador No 6 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   | JUAN CARLOS        |   | JUAN CARLOS         |   | JUAN CARLOS     |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA  |   |                    |   |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gorro</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Gafas de Seguridad</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Caretas y/o Visor</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Mascarilla Convencional</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Respirador N 95</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Gaules</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Bata Antibufo</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Protector Auditivo</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Delantal Plástico</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Delantal en PVC</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Botas</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Traje Especial</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Otro ( )</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> </tbody> </table> |   |                    |   |                     |   |                 |   | 1 | 2  | 3  | 4  | 5   | 6 | 7 | 8 | 9   | 10 | 11 | 12 | 13  | Gorro | C | C | C   | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Gafas de Seguridad | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Caretas y/o Visor | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Mascarilla Convencional | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Respirador N 95 | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Gaules | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Bata Antibufo | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Protector Auditivo | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Delantal Plástico | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Delantal en PVC | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Botas | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Traje Especial | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Otro ( ) | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C |
| 1  | 2 | 3                  | 4 | 5                   | 6 | 7               | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13  |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Gorro  | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Gafas de Seguridad   | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Caretas y/o Visor  | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Mascarilla Convencional  | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Respirador N 95  | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Gaules   | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Bata Antibufo  | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Protector Auditivo   | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Delantal Plástico  | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Delantal en PVC  | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Botas  | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Traje Especial   | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Otro ( )   | C | C                  | C | C                   | C | C               | C | C | C  | C  | C  | C   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal  |   |                    |   |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCION  |   |                    |   |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA  |   |                    |   |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Estándares a evaluar   |   |                    |   |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO  |   |                    |   |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.</td> <td>S</td> <td>S</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.</td> <td>S</td> <td>S</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.</td> <td>S</td> <td>S</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aerocoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.</td> <td>S</td> <td>S</td> <td>S</td> </tr> </tbody> </table>   |   |                    |   |                     |   |                 |   | 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. | S | S | S | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo. | S  | S  | S  | Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames. | S     | S | S | Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aerocoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. | S | S | S |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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.  | S | S                  | S |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.  | S | S                  | S |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  | S | S                  | S |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas; Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aerocoles; Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.  | S | S                  | S |                     |   |                 |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Enviado 7/2022



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

**Código:** SST-FR-090

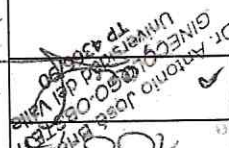
**Fecha:** 8/ABR/2020

**Versión:** 002

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

CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

| Formato: Lista de Verificación de adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad   |  | Código: SST-FR-090 |  | Fecha: 8/ABR/2020       |  | Versión: 002    |  |
|--|--|--------------------|--|-------------------------|--|-----------------|--|
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA  |  | CARGO              |  | FECHA DE INSPECCIÓN     |  | SERVICIO        |  |
| Ingred A   |  | Enfermería         |  | 7/2020                  |  | S. de Partos    |  |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO  |  | M                  |  | T                       |  | N               |  |
| Trabajador No 1  |  | Trabajador No 2    |  | Trabajador No 3         |  | Trabajador No 4 |  |
| Ingred A   |  | Robby A            |  | Dr. Marchena B. Bincard |  |                 |  |
| <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> |  |                    |  |                         |  |                 |  |
| <p>Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal</p> <p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN</p>                     |  |                    |  |                         |  |                 |  |
| 1  | Gorro  |                    |  |                         |  |                 |  |
| 2  | Gafas de Seguridad   |                    |  |                         |  |                 |  |
| 3  | Careta y/o Visor   |                    |  |                         |  |                 |  |
| 4  | Mascarilla Convencional  |                    |  |                         |  |                 |  |
| 5  | Respirador N 95  |                    |  |                         |  |                 |  |
| 6  | Gaules   |                    |  |                         |  |                 |  |
| 7  | Bata Antibullos  |                    |  |                         |  |                 |  |
| 8  | Protector Auditivo   |                    |  |                         |  |                 |  |
| 9  | Dental Plástico  |                    |  |                         |  |                 |  |
| 10   | Dental en PVC  |                    |  |                         |  |                 |  |
| 11   | Botas  |                    |  |                         |  |                 |  |
| 12   | Traje Especial   |                    |  |                         |  |                 |  |
| 13   | Otro ( )   |                    |  |                         |  |                 |  |
| <p>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO</p> <p>Estándares a evaluar</p>  |  |                    |  |                         |  |                 |  |
| 1  | Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.  |                    |  |                         |  |                 |  |
| 2  | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.  |                    |  |                         |  |                 |  |
| 3  | Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.  |                    |  |                         |  |                 |  |
| 4  | Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas, aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro. |                    |  |                         |  |                 |  |

| CLÍNICA NUESTRA<br>SEÑORA DE LOS REMEDIOS  |  | Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad |      | Código: SST-FR-090 | Fecha: 8/Abri/2020 | Versión: 002 |
|--|--|---|------|--------------------|--------------------|--------------|
| 5.   | Siempre descarta los cortopunzantes 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 ondulaciones 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                 | 10           |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN  | 10   | 10  | 10   | 10                 | 10                 | 10           |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO   | 100%   | 100%  | 100% | 100%               | 100%               | 100%         |
| FIRMA DEL COLABORADOR  | <br>Dr. Antonio José Prieto<br>Universidad del Valle<br>10 4300000      |   |      |                    |                    |              |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS  |  |   |      |                    |                    |              |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN  |  |   |      |                    |                    |              |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 |  |   |      |                    |                    |              |