

21 ENE 2022

CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

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

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Jenny Parra Q			
CARGO		I. Respiratorio			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		UCI NEO			
TURNO		M	T	N	X
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Elsa	Valentina T	Mary	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	
3	Careta y/o Visor	NA	NA	NA	
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	
5	Respirador N 95	C	C	C	
6	Guantes	C	C	C	
7	Bata Antifluidos	C	NA	NA	
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	
11	Botas	NA	NA	NA	
12	Traje Especial	NA	NA	NA	
13	Otro ()				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI	
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: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS				Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020
				Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Elsa M.	Valentina	[Firma]
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		3		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		3		
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100				

21 ENE 2022

CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

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

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Mara Del Carmen Moncada		
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA		
FECHA DE INSPECCIÓN	21-01-2022		
SERVICIO	Címar		
TURNOS	M	X	T X N

PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Mara fernanda	Trabajador No 2 Silvia Guinayas	Trabajador No 3 Alexa Matwin	Trabajador No 4 Luz Arde Sanchez

Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento

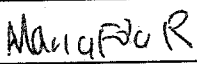
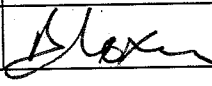
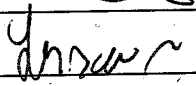
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		C: CUMPLE	NC: NO CUMPLE	NT: NO TIENE	NA: NO APLICA
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	NA	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	NA	NA	NA
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()				

Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal

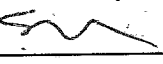
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				

Estándares a evaluar

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

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

22 ENE 2022		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		ETHEL ALEXA MATURIN			
CARGO		TERAPEUTA RESPIRATORIA			
FECHA DE INSPECCIÓN		22 - ENERO - 2022			
SERVICIO		URT NEONATAL			
TURNO		M	T	N	X
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		SILVIA	ANDREA	LEIDY	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	
3	Careta y/o Visor	NC	NC	NC	
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	
5	Respirador N 95	C	C	C	
6	Guantes	C	C	C	
7	Bata Antifluidos	NC	NC	NC	
8	Protector Auditivo	NO	NC	NC	
9	Delantal Plástico	NC	NC	NC	
10	Delantal en PVC	NC	NC	NC	
11	Botas	NC	NC	NC	
12	Traje Especial	NC	NC	NC	
13	Otro ()	NC	NC	NC	
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	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: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS				Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020
				Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR			Andrea E.	204018
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		3		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		3		
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100				

22 ENE 2022		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Hada Milena Ramirez			
CARGO		Terapeuta Respiratoria			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		UCI NEONATO C			
TURNO		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Luz Enide Trabajador No 2: Echever Trabajador No 3: Leonor Trabajador No 4: Gladys			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	Na	Na	Na	Na
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	Na	Na	Na	Na
8	Protector Auditivo	Na	Na	Na	Na
9	Delantal Plástico	Na	Na	Na	Na
10	Delantal en PVC	Na	Na	Na	Na
11	Botas	Na	Na	Na	Na
12	Traje Especial	Na	Na	Na	Na
13	Otro ()				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

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

23 ENE 2022		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación de adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Hilda Milena Ramirez			
CARGO		Terapeuta Respiratoria			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		UCI Neonatal			
TURNO		M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1: Luz Enide Trabajador No 2: Doris Peña Trabajador No 3: Leonor Trabajador No 4:			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NG: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	
2	Gafas de Seguridad	C	C	NA	
3	Careta y/o Visor	NA	C	C	
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	
5	Respirador N 95	C	C	C	
6	Guantes	C	C	C	
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	
11	Botas	NA	NA	NA	
12	Traje Especial	NA	NA	NA	
13	Otro ()	NA	NA	NA	
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	
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: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS				Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad.				Fecha: 8/Abril/2020
				Versión: 002
5	Siempre desecha los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Luz Eni d	Dany	Leonor
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		3		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		3		
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100				

23 ENE 2022

CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

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

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002


NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Mónica María Rico Jaramillo			
CARGO	Terapeuta Respiratoria			
FECHA DE INSPECCIÓN	04/04/2020			
SERVICIO	Uci Neonatal			
TURNO	M	T	N	

PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Luz Ite Mª Elena Cruz	Trabajador No 2 Cruz	Trabajador No 3 Diana P.	Trabajador No 4


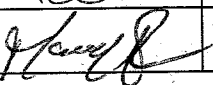
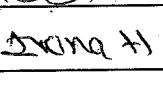
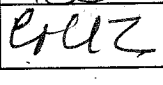
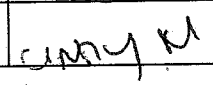
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		C: CUMPLE	NC: NO CUMPLE	NT: NO TIENE	NA: NO APLICA
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	NT	NT	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()				

Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				

Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:		MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

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



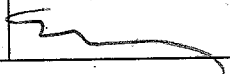
24 ENE 2022		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Ayl. Ace			
CARGO		Aux. de Enfermería			
FECHA DE INSPECCIÓN		24-01-22			
SERVICIO		UCI NEO			
TURNO		M	T	N	X
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Mary R	Irene H.	Cruz	Cindy
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	Guantes	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 ()				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN 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 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 empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

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


24 ENE 2022		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Mónica Ruiz			
CARGO		FR			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		UCA NEO.			
TURNOS		M A T A N			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1		Trabajador No 2	
		EJBA		Mate	
				Mamae	
				bza	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	NT	NT	NT	NT
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento; o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS					Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020
					Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10			
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100.00			
FIRMA DEL COLABORADOR		Elsa M	María F	MENDO	Julia
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					


25 ENE 2022		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación de adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
Versión: 002					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		ETHEL ALEXA NATURAL			
CARGO		TERAPEUTA RESPIRATORIA			
FECHA DE INSPECCIÓN		25-01-2022			
SERVICIO		UCI NEONATAL			
TURNO		M	T	N	X
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		VALENTINA	SILVIA	ELSA	LEONOR
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	NC	NC	NC	NC
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantas	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NC	NC	NC	NC
8	Protector Auditivo	NC	NC	NC	NC
9	Delantal Plástico	NC	NC	NC	NC
10	Delantal en PVC	NC	NC	NC	NC
11	Botas	NC	NC	NC	NC
12	Traje Especial	NC	NC	NC	NC
13	Otro ()	NC	NC	NC	NC
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI

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

25 ENE 2022		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación de adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Jenny Pareda			
CARGO		T. Respiratorio			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		VIC NEO			
TURNOS		M <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1		Trabajador No 2	
		Diana		Maria C. Leidy	
				Trabajador No 3	
				Trabajador No 4	
				Maria Elena	
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	NA	NA	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	NA	
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	NA
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	NA	NA	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA	NA	NA
13	Otro ()				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

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

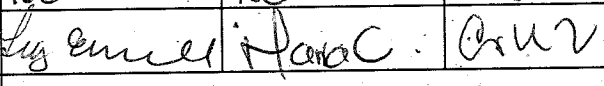
26 ENE 2022		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Jenny Pardo			
CARGO		T. Respiratorio			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		UCI NEO			
TURNOS		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Irene	Andrea	Maria Fdo.	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	
2	Gafas de Seguridad	C	NT	NA	
3	Careta y/o Visor	NA	NT	C	
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	
5	Respirador N 95	C	C	C	
6	Guantes	C	C	C	
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	
11	Botas	NA	NA	NA	
12	Traje Especial	NA	NA	NA	
13	Otro ()				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI	
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	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: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS				Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
				Versión: 002	
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	
FIRMA DEL COLABORADOR		Irma W.	Andrea G.	María J.	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		3			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		3			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

26 ENE 2022		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Hilda Milena Ramirez			
CARGO		Fenotipo Respiratorio			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		UCI Neonatal			
TURNO		M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
		Luz Eude	Edson A.	Glados	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	Na	Na	Na	Na
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Gantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	Na	Na	Na	Na
8	Protector Auditivo	Na	Na	Na	Na
9	Delantal Plástico	Na	Na	Na	Na
10	Delantal en PVC	Na	Na	Na	Na
11	Botas	Na	Na	Na	Na
12	Traje Especial	Na	Na	Na	Na
13	Otro ()	Na	Na	Na	Na
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si

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

27 ENE 2022		CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020	
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		Hilda Milena Ramirez			
CARGO		Especialista Respiratoria			
FECHA DE INSPECCIÓN					
SERVICIO		UCI Neonatal			
TURNOS		M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS		Trabajador No 1		Trabajador No 2	
		Luz Enide		Maru C.M.	
				Eduardo Cruz	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	
2	Gafas de Seguridad	C	NC	C	
3	Careta y/o Visor	NA	C	NA	
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	
5	Respirador N 95	C	C	C	
6	Guantes	C	C	C	
7	Bata Antifluidos	NA	NA	NA	
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	
9	Delantal Plástico	NA	NA	NA	
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	
11	Botas	NA	NA	NA	
12	Traje Especial				
13	Otro ()				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI	
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	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: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS				Código: SST-FR-090
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad				Fecha: 8/Abril/2020
				Versión: 002
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100	100	100
FIRMA DEL COLABORADOR				
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		3		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		3		
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100				

27 ENE 2022

CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

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

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA

CARGO

FECHA DE INSPECCIÓN

SERVICIO

TURNO

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	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	NC
3	Careta y/o Visor	NC	NC	NC	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	NC	NC	NC
8	Protector Auditivo	C	NC	NC	NC
9	Delantal Plástico	C	NC	NC	NC
10	Delantal en PVC	C	NC	NC	NC
11	Botas	C	NC	NC	NC
12	Traje Especial	C	NC	NC	NC
13	Otro ()	C	NC	NC	NC

Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN


1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				

Estándares a evaluar

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO

1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	SI	SI	SI	SI
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI	SI	SI	SI
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	SI	SI	SI	SI
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI	SI	SI	SI

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