

ACTA No.	FECHA			HORA		LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
	DÍA	MESES	AÑO	INICIAL	FINAL		
01	01	06	20	8:00	5:30	Gerencia	Enf. Gloria González

ASISTENTES

NOMBRE	CEDULA	CARGO
Humberto Ortega	10543666	Aux. Salud Bucal

INVITADOS – (N/A)
ORDEN DEL DÍA

- Entrega de elementos de protección personal y ficha informativa correspondiente.
- Firma de compromiso de recibo y uso adecuado de elementos de protección personal

VERIFICACIÓN DE TAREAS ESTABLECIDAS EN LA REUNIÓN ANTERIOR– (N/A)
DESARROLLO

1. Entrega de elementos de protección personal y ficha informativa correspondiente:
Se Hace entrega de elementos de protección personal y la correspondiente ficha informativa asignada.

2. Firma de compromiso de recibo y uso adecuado de elementos de protección personal:

Atendiendo La Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Universitario San José de Popayán ESE; "Prevenimos y controlamos los peligros ocupacionales a los que se encuentran expuestos los trabajadores y usuarios en general de la institución", conscientes de la responsabilidad de llevar a cabo la continuidad de la aplicación y adecuado cumplimiento de las normas de seguridad laboral y de bioseguridad, se hace entrega de elementos de protección personal para cada uno de los trabajadores.

Con la firma del presente documento, el TRABAJADOR se compromete a utilizar en el desarrollo de sus labores y el proceso SGSST evaluará periódicamente por medio de visitas de Inspección la utilización de este elemento de protección.

El Decreto 1295 del 22 de Junio de 1994 establece los siguientes deberes de los trabajadores:

- Procurar el cuidado integral de su salud.
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores en este decreto.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de salud ocupacional de la

empresa.

Nota: El literal b del artículo 91 del Decreto 1295 de 1994 establece como justa causa para despedir a un trabajador el hecho de incumplir las obligaciones o deberes en salud ocupacional.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como par a los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de la Protección Social, respetando el derecho de defensa.

El día 01-06-2020 recibo los elementos de protección personal y la correspondiente ficha informativa, asignados a mi puesto de trabajo y relacionados en la presente acta.

Estoy informado de los peligros laborales a los que me encuentro expuesto, por lo cual me comprometo a utilizar los elementos de protección personal, notificando algún defecto o daño de los mismos para su oportuna reposición:

8999

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL	No. De EPP	ENTREGA- SGSST	RECIBE- TRABAJADOR
Monogm pm	01	✓	✓
Alcohol Glicerina de	01	✓	✓
Monogm pm [30-VII-20]	01	✓	✓
Gua de facu [10-09-20]	01	✓	✓
Alcohol Glicerina de	01	✓	✓

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN - (N/A)
FIRMA ASISTENTES E INVITADOS



FORMATO DE ACTA

FO-PCA-01

Versión: 03

Página 1 de 2

ACTA No.	FECHA			HORA		LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
	DÍA	MES	AÑO	INICIAL	FINAL		
01	03	06	20	12:00	12:30	Quimioterapia	Gra Coloma González

ASISTENTES

NOMBRE	CEDULA	CARGO
Lourdes Navarrete	66757073	Enfermera

INVITADOS - (N/A)

ORDEN DEL DÍA

- Entrega de elementos de protección personal y ficha informativa correspondiente.
- Firma de compromiso de recibo y uso adecuado de elementos de protección personal

VERIFICACIÓN DE TAREAS ESTABLECIDAS EN LA REUNIÓN ANTERIOR- (N/A)

DESARROLLO

1. Entrega de elementos de protección personal y ficha informativa correspondiente:
Se Hace entrega de elementos de protección personal y la correspondiente ficha informativa asignada.

2. Firma de compromiso de recibo y uso adecuado de elementos de protección personal:

Atendiendo La Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Universitario San José de Popayán ESE; "Prevenimos y controlamos los peligros ocupacionales a los que se encuentran expuestos los trabajadores y usuarios en general de la institución", conscientes de la responsabilidad de llevar a cabo la continuidad de la aplicación y adecuado cumplimiento de las normas de seguridad laboral y de bioseguridad, se hace entrega de elementos de protección personal para cada uno de los trabajadores.

Con la firma del presente documento, el TRABAJADOR se compromete a utilizar en el desarrollo de sus labores y el proceso SGSST evaluará periódicamente por medio de visitas de inspección la utilización de este elemento de protección.

El Decreto 1295 del 22 de Junio de 1994 establece los siguientes deberes de los trabajadores:

- Procurar el cuidado integral de su salud.
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores en este decreto.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de salud ocupacional de la

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
SISTEMA DE ANEACIÓN

empresa.

Nota: El literal b del artículo 91 del Decreto 1295 de 1994 establece como justa causa para despedir a un trabajador el hecho de incumplir las obligaciones o deberes en salud ocupacional.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de la Protección Social, respetando el derecho de defensa.

El día 01-03-2020 recibo los elementos de protección personal y la correspondiente ficha informativa, asignados a mi puesto de trabajo y relacionados en la presente acta.

Estoy informado de los peligros laborales a los que me encuentro expuesto, por lo cual me comprometo a utilizar los elementos de protección personal, notificando algún defecto o daño de los mismos para su oportuna reposición:

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL	No. De EPP	ENTREGA-SGSST	RECIBE-TRABAJADOR
Monogras	01		Lourdes Naranjo
Mascarilla A.E	01		Lourdes Naranjo
Mascarilla Gen			Lourdes Naranjo
Globo	01	gh	Lourdes Naranjo
Monogras A.P.L	01	gh	Lourdes Naranjo
Escudo Facial	01	gh	Lourdes Naranjo

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN - (N/A)

FIRMA ASISTENTES E INVITADOS

**COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACION**



FORMATO DE ACTA

FO-PCA-01

Versión: 03

Página 1 de 2

ACTA No.	FECHA			HORA		LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
	DÍA	MES	AÑO	INICIAL	FINAL		
01	01	06	20	17:00	12:30	U. Mental	Grp Gloria G.

ASISTENTES

NOMBRE	CEDULA	CARGO
Maria Ibeth Bonacore	34545480	Grp G. 1

INVITADOS – (N/A) ORDEN DEL DÍA

- Entrega de elementos de protección personal y ficha informativa correspondiente.
- Firma de compromiso de recibo y uso adecuado de elementos de protección personal

VERIFICACIÓN DE TAREAS ESTABLECIDAS EN LA REUNIÓN ANTERIOR– (N/A) DESARROLLO

1. Entrega de elementos de protección personal y ficha informativa correspondiente:
Se Hace entrega de elementos de protección personal y la correspondiente ficha informativa asignada.

2. Firma de compromiso de recibo y uso adecuado de elementos de protección personal:

Atendiendo La Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Universitario San José de Popayán ESE; "Prevenimos y controlamos los peligros ocupacionales a los que se encuentran expuestos los trabajadores y usuarios en general de la institución", conscientes de la responsabilidad de llevar a cabo la continuidad de la aplicación y adecuado cumplimiento de las normas de seguridad laboral y de bioseguridad, se hace entrega de elementos de protección personal para cada uno de los trabajadores.

Con la firma del presente documento, el TRABAJADOR se compromete a utilizar en el desarrollo de sus labores y el proceso SGSST evaluará periódicamente por medio de visitas de inspección la utilización de este elemento de protección.

El Decreto 1295 del 22 de Junio de 1994 establece los siguientes deberes de los trabajadores:

- Procurar el cuidado integral de su salud.
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores en este decreto.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de salud ocupacional de la

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
SISTEMA DE ANEACIÓN



FORMATO DE ACTA

FO-PCA-01

Versión: 03

Página 2 de 2

empresa.

Nota: El literal b del artículo 91 del Decreto 1295 de 1994 establece como justa causa para despedir a un trabajador el hecho de incumplir las obligaciones o deberes en salud ocupacional.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de la Protección Social, respetando el derecho de defensa.

El día 01-06-2020 recibo los elementos de protección personal y la correspondiente ficha informativa, asignados a mi puesto de trabajo y relacionados en la presente acta.

Estoy informado de los peligros laborales a los que me encuentro expuesto, por lo cual me comprometo a utilizar los elementos de protección personal, notificando algún defecto o daño de los mismos para su oportuna reposición:

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL	No. De EPP	ENTREGA-SGSST	RECIBE-TRABAJADOR
Gaucha Frenil	01	h	
Monogor	01		
Gel hidroalcohol	01		Ma Ibet A
frudo pncul 09-09-20	01	f	Ma Ibet A

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN - (N/A)

FIRMA ASISTENTES E INVITADOS

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACION



FORMATO DE ACTA

FO-PCA-01

Versión: 03

Página 1 de 2

ACTA No.	FECHA			HORA		LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
	DÍA	MES	AÑO	INICIAL	FINAL		
01	03	06	20	9:00	9:30	Club Deportivo	Inf. Gloria González

ASISTENTES

NOMBRE	CEDULA	CARGO
Javier Mosquera	10539506	Asesor Salud

INVITADOS – (N/A)

ORDEN DEL DÍA

1. Entrega de elementos de protección personal y ficha informativa correspondiente.
2. Firma de compromiso de recibo y uso adecuado de elementos de protección personal

VERIFICACIÓN DE TAREAS ESTABLECIDAS EN LA REUNIÓN ANTERIOR– (N/A)

DESARROLLO

1. **Entrega de elementos de protección personal y ficha informativa correspondiente:**
Se Hace entrega de elementos de protección personal y la correspondiente ficha informativa asignada.

2. **Firma de compromiso de recibo y uso adecuado de elementos de protección personal:**

Atendiendo La Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Universitario San José de Popayán ESE; "Prevenimos y controlamos los peligros ocupacionales a los que se encuentran expuestos los trabajadores y usuarios en general de la institución", conscientes de la responsabilidad de llevar a cabo la continuidad de la aplicación y adecuado cumplimiento de las normas de seguridad laboral y de bioseguridad, se hace entrega de elementos de protección personal para cada uno de los trabajadores.

Con la firma del presente documento, el TRABAJADOR se compromete a utilizar en el desarrollo de sus labores y el proceso SGSST evaluará periódicamente por medio de visitas de inspección la utilización de este elemento de protección.

El Decreto 1295 del 22 de Junio de 1994 establece los siguientes deberes de los trabajadores:

- a. Procurar el cuidado integral de su salud.
- b. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- c. Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores en este decreto.
- d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de salud ocupacional de la

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
SECRETARÍA DE ASISTENCIA

empresa.

Nota: El literal b del artículo 91 del Decreto 1295 de 1994 establece como justa causa para despedir a un trabajador el hecho de incumplir las obligaciones o deberes en salud ocupacional.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de la Protección Social, respetando el derecho de defensa.

El día 03-06-2020 recibo los elementos de protección personal y la correspondiente ficha informativa, asignados a mi puesto de trabajo y relacionados en la presente acta.

Estoy informado de los peligros laborales a los que me encuentro expuesto, por lo cual me comprometo a utilizar los elementos de protección personal, notificando algún defecto o daño de los mismos para su oportuna reposición:

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL	No. De EPP	ENTREGA-SGSST	RECIBE-TRABAJADOR
Monogotas	01	✓	Recibido M
Mascarilla A.C.	01	✓	Recibido M
Mascarilla Qca	01	✓	Recibido M
Mascarilla Af	01	✓	Recibido M
Mascarilla Facial	01	✓	Recibido M
Gel hidroalcohólico	01	✓	Recibido M

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN - (N/A)

FIRMA ASISTENTES E INVITADOS

**COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACION**



HOSPITAL
SAN JOSÉ

LISTADO DE ASISTENCIA

FO-PCA-18

Versión: 01

FECHA:

10-09-2020

LUGAR:

Centro Mat

HORA:

8 am

TEMA (S):

Coloración - Retirar CPP

MONITOR (ES):

Enf. Gloria González

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	ACTIVIDAD Y/O CARGO	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
1	Capora Gloria	Auxiliar de Enfermería	Estabilización		3205843436
2	Humberto	Auxiliar de Salud	Estabilización		105036678
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE: Lorena Nazare CARGO: Aut. Area SaludFECHA: Sept 10/2020 SERVICIO: Ginecología

CONTROL DE EJECUCIÓN

Conductas Importantes	Cumplimiento			Observaciones
	SI	NO	NA	
I. Elementos de Protección Laboral				
Monogafas				
a. Usa monogafas	/			
b. Se encuentran en buen estado	/			
c. Les realiza limpieza y desinfección	/			
2. Escudo Facial				
a. Usa el escudo facial	/			
b. Se encuentran en buen estado	/			
3. Mascarilla				
a. Usa mascarilla durante su labor	/			
b. Evita colocarla bajo la barbilla	/			
4. Bata de tela				
a. Usa bata de tela			/	
b. Realiza limpieza de bata según manual de bioseguridad			/	
5. Gorro				
a. Usa gorro según protocolos	/			
b. Utiliza el gorro	/			
6. Guantes				
a. Usa guantes para manipulación de pacientes	/			
b. Se lava las manos según protocolos	/			
7. Zapato Antideslizante				
a. Usa zapato cerrado antideslizante	/			
b. Se encuentra en buen estado	/			
II. Elementos Corto punzantes				
a. Deposita los elementos cortopunzantes en guardianes	/			
b. No re-enfunda las agujas	/			
III. Segregación de Residuos Sólidos Hospitalarios				
a. Conoce la disposición de residuos sólidos	/			

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACIÓN



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

b. Conoce la disposición de residuos líquidos	/			
c. Conoce la disposición de los contenedores de agujas una vez llenos	/			
IV Bioseguridad				
a. Restringe el uso del celular en el área de trabajo para eliminar la contaminación cruzada.				
b. Al realizar procedimientos en pacientes agitados, inconscientes y/o niños solicita acompañamiento de otro compañero de trabajo.	/			
c. Tiene esquema completo de vacunación contra Hepatitis B-tétanos- influenza		/		
d. Evita todo contacto directo con el paciente cuando presenta lesiones exudativas o dermatitis				
e. Come en lugar diferente al área de trabajo	/			
f. No fuma en el área de trabajo.	/			
g. Usa uniforme antifluidos	/			
h. Usa el cabello recogido o corto	/			
i. Usa uñas cortas	/			
j. Usa uñas sin esmalte	/			
k. Usa aretes cortos o no los usa.	/			
l. Cumple con el NO uso de pulsera	/			
m. Cumple con el NO uso de anillos	/			

TABLA DE VERIFICACIÓN

CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NÚMERO DE PUNTOS
EXCELENTE	90% A 100%	33 A 31 PUNTOS
BUENO	80 A 89%	30 A 27 PUNTOS
DEFICIENTE	MENOS DE 80%	MENOS DE 26 PUNTOS

TRABAJADOR: Jourdes Danner 6
AUDITOR: [Signature]

**COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACION**



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE: Lomberto Oleg CARGO: Dir. Asistencia
FECHA: Sept 10/2020 SERVICIO: Control Materiales

CONTROL DE EJECUCIÓN

Conductas Importantes	Cumplimiento			Observaciones
	SI	NO	NA	
I. Elementos de Protección Laboral				
Monogafas				
a. Usa monogafas	/			
b. Se encuentran en buen estado	/			
c. Les realiza limpieza y desinfección	/			
2. Escudo Facial				
a. Usa el escudo facial			/	
b. Se encuentran en buen estado			/	
3. Mascarilla				
a. Usa mascarilla durante su labor	/			
b. Evita colocarla bajo la barbilla	/			
4. Bata de tela				
a. Usa bata de tela			/	
b. Realiza limpieza de bata según manual de bioseguridad			/	
5. Gorro				
a. Usa gorro según protocolos	/			
b. Utiliza el gorro	/			
6. Guantes				
a. Usa guantes para manipulación de pacientes	/			Puze desinfectar
b. Se lava las manos según protocolos				
7. Zapato Antideslizante				
a. Usa zapato cerrado antideslizante	/			
b. Se encuentra en buen estado	/			
II. Elementos Corto punzantes				
a. Deposita los elementos cortopunzantes en guardianes			/	
b. No re-enfunda las agujas			/	
III. Segregación de Residuos Sólidos Hospitalarios				
a. Conoce la disposición de residuos sólidos	/			

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
CFICINA PLANEACION



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

b. Conoce la disposición de residuos líquidos	✓			
c. Conoce la disposición de los contenedores de agujas una vez llenos	✓			
IV Bioseguridad				
a. Restringe el uso del celular en el área de trabajo para eliminar la contaminación cruzada.	✓			
b. Al realizar procedimientos en pacientes agitados, inconscientes y/o niños solicita acompañamiento de otro compañero de trabajo.			✓	
c. Tiene esquema completo de vacunación contra Hepatitis B-tétanos- influenza	✓			
d. Evita todo contacto directo con el paciente cuando presenta lesiones exudativas o dermatitis	✓			
e. Come en lugar diferente al área de trabajo	✓			
f. No fuma en el área de trabajo.	✓			
g. Usa uniforme antifluidos	✓			
h. Usa el cabello recogido o corto	✓			
i. Usa uñas cortas	✓			
j. Usa uñas sin esmalte	✓			
k. Usa aretes cortos o no los usa.	✓			
l. Cumple con el NO uso de pulsera	✓			
m. Cumple con el NO uso de anillos	✓			

TABLA DE VERIFICACIÓN

CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NÚMERO DE PUNTOS
EXCELENTE	90% A 100%	33 A 31 PUNTOS
BUENO	80 A 89%	30 A 27 PUNTOS
DEFICIENTE	MENOS DE 80%	MENOS DE 26 PUNTOS

TRABAJADOR:
AUDITORHumberto OrtegaCOPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
CFICINA PLANEACION

33



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE: Leonora Compa CARGO: Asesora de SaludFECHA: Sep 10/2020 SERVICIO: Ginecoobstetricia

CONTROL DE EJECUCIÓN

Conductas Importantes	Cumplimiento			Observaciones
	SI	NO	NA	
I. Elementos de Protección Laboral				
Monogafas				
a. Usa monogafas	/			
b. Se encuentran en buen estado	/			
c. Les realiza limpieza y desinfección				
2. Escudo Facial				
a. Usa el escudo facial	/			
b. Se encuentran en buen estado	/			
3. Mascarilla				
a. Usa mascarilla durante su labor	/			
b. Evita colocarla bajo la barbilla	/			
4. Bata de tela				
a. Usa bata de tela			/	
b. Realiza limpieza de bata según manual de bioseguridad			/	
5. Gorro				
a. Usa gorro según protocolos	/			
b. Utiliza el gorro	/			
6. Guantes				
a. Usa guantes para manipulación de pacientes	/			
b. Se lava las manos según protocolos	/			
7. Zapato Antideslizante				
a. Usa zapato cerrado antideslizante	/			
b. Se encuentra en buen estado	/			
II. Elementos Corto punzantes				
a. Deposita los elementos cortopunzantes en guardianes	/			
b. No re-enfunda las agujas	/			
III. Segregación de Residuos Sólidos Hospitalarios				
a. Conoce la disposición de residuos sólidos	/			

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACIÓN



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

b. Conoce la disposición de residuos líquidos	✓			
c. Conoce la disposición de los contenedores de agujas una vez llenos	✓			
IV Bioseguridad				
a. Restringe el uso del celular en el área de trabajo para eliminar la contaminación cruzada.	✓			
b. Al realizar procedimientos en pacientes agitados, inconscientes y/o niños solicita acompañamiento de otro compañero de trabajo.	✓			
c. Tiene esquema completo de vacunación contra Hepatitis B-tétanos- influenza	✓			
d. Evita todo contacto directo con el paciente cuando presenta lesiones exudativas o dermatitis	✓			
e. Come en lugar diferente al área de trabajo	✓			
f. No fuma en el área de trabajo.	✓			
g. Usa uniforme antifuídos	✓			
h. Usa el cabello recogido o corto	✓			
i. Usa uñas cortas	✓			
j. Usa uñas sin esmalte	✓			
k. Usa aretes cortos o no los usa.	✓			
l. Cumple con el NO uso de pulsera	✓			
m. Cumple con el NO uso de anillos	✓			

TABLA DE VERIFICACIÓN

CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NÚMERO DE PUNTOS
EXCELENTE	90% A 100%	33 A 31 PUNTOS
BUENO	80 A 89%	30 A 27 PUNTOS
DEFICIENTE	MENOS DE 80%	MENOS DE 26 PUNTOS

TRABAJADOR: Alfonso Campo Sanchez
AUDITOR: [Signature]

33



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE: Thel Anacone CARGO: Asst. Area Salud
FECHA: Septiembre 10/2020 SERVICIO: U-Mental

CONTROL DE EJECUCIÓN

Conductas Importantes	Cumplimiento			Observaciones
	SI	NO	NA	
I. Elementos de Protección Laboral				
Monogafas				
a. Usa monogafas	/			
b. Se encuentran en buen estado	/			
c. Les realiza limpieza y desinfección	/			
2. Escudo Facial				
a. Usa el escudo facial	/			No tiene plásticos para guardar y comb
b. Se encuentran en buen estado	/			
3. Mascarilla				
a. Usa mascarilla durante su labor	/			
b. Evita colocarla bajo la barbilla	/			
4. Bata de tela				
a. Usa bata de tela	/			
b. Realiza limpieza de bata según manual de bioseguridad	/			
5. Gorro				
a. Usa gorro según protocolos	/			
b. Utiliza el gorro	/			
6. Guantes				
a. Usa guantes para manipulación de pacientes	/			
b. Se lava las manos según protocolos	/			
7. Zapato Antideslizante				
a. Usa zapato cerrado antideslizante	/			
b. Se encuentra en buen estado	/			
II. Elementos Corto punzantes				
a. Deposita los elementos cortopunzantes en guardianes	/			
b. No re-enfunda las agujas	/			
III. Separación de Residuos Sólidos	/			



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

b. Conoce la disposición de residuos líquidos	/			
c. Conoce la disposición de los contenedores de agujas una vez llenos	/			
IV Bioseguridad				
a. Restringe el uso del celular en el área de trabajo para eliminar la contaminación cruzada.	/			
b. Al realizar procedimientos en pacientes agitados, inconscientes y/o niños solicita acompañamiento de otro compañero de trabajo.	/			
c. Tiene esquema completo de vacunación contra Hepatitis B-tétanos- influenza	/			
d. Evita todo contacto directo con el paciente cuando presenta lesiones exudativas o dermatitis	/			
e. Come en lugar diferente al área de trabajo	/			
f. No fuma en el área de trabajo.	/			
g. Usa uniforme antifluidos	/			
h. Usa el cabello recogido o corto	/			
i. Usa uñas cortas	/			
j. Usa uñas sin esmalte	/			
k. Usa aretes cortos o no los usa.	/			
l. Cumple con el NO uso de pulsera	/			
m. Cumple con el NO uso de anillos	/			

TABLA DE VERIFICACIÓN

CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NÚMERO DE PUNTOS
EXCELENTE	90% A 100%	33 A 31 PUNTOS
BUENO	80 A 89%	30 A 27 PUNTOS
DEFICIENTE	MENOS DE 80%	MENOS DE 26 PUNTOS

TRABAJADOR:
AUDITOR:M^a Ibet Aracón A

(33)

	LISTA DE VERIFICACION	GTH-SO-PD23-FOLV01
		01

LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE: Libin Carlos San **CARGO:** Dir. Area Salud
FECHA: 09-09-2020 **SERVICIO:** U. Menor

CONTROL DE EJECUCIÓN

Conductas Importantes	Cumplimiento			Observaciones
	SI	NO	NA	
I. Elementos de Protección Laboral				
Monogafas				
a. Usa monogafas	/			
b. Se encuentran en buen estado	/			
c. Les realiza limpieza y desinfección	/			
2. Escudo Facial				
a. Usa el escudo facial	/			No tiene lugar donde guardarlo
b. Se encuentran en buen estado	/			
3. Mascarilla				
a. Usa mascarilla durante su labor	/			
b. Evita colocarla bajo la barbilla	/			
4. Bata de tela				
a. Usa bata de tela	/			
b. Realiza limpieza de bata según manual de bioseguridad	/			
5. Gorro				
a. Usa gorro según protocolos	/			
b. Utiliza el gorro	/			
6. Guantes				
a. Usa guantes para manipulación de pacientes	/			
b. Se lava las manos según protocolos	/			
7. Zapato Antideslizante				
a. Usa zapato cerrado antideslizante	/			
b. Se encuentra en buen estado	/			
II. Elementos Corto punzantes				
a. Deposita los elementos cortopunzantes en guardianes	/			
b. No re-enfunda las agujas	/			
III. Segregación de Residuos Sólidos Hospitalarios				
a. Conoce la disposición de residuos sólidos	/			

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
CFICINA PLANEACION



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

b. Conoce la disposición de residuos líquidos	✓			
c. Conoce la disposición de los contenedores de agujas una vez llenos	✓			
IV Bioseguridad				
a. Restringe el uso del celular en el área de trabajo para eliminar la contaminación cruzada.	✓			
b. Al realizar procedimientos en pacientes agitados, inconscientes y/o niños solicita acompañamiento de otro compañero de trabajo.	✓			
c. Tiene esquema completo de vacunación contra Hepatitis B-tétanos- influenza	✓			
d. Evita todo contacto directo con el paciente cuando presenta lesiones exudativas o dermatitis	✓			
e. Come en lugar diferente al área de trabajo	✓			
f. No fuma en el área de trabajo.	✓			
g. Usa uniforme antifluidos	✓			
h. Usa el cabello recogido o corto	✓			
i. Usa uñas cortas	✓			
j. Usa uñas sin esmalte	✓			
k. Usa aretes cortos o no los usa.	✓			
l. Cumple con el NO uso de pulsera	✓			
m. Cumple con el NO uso de anillos	✓			

TABLA DE VERIFICACIÓN

CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NÚMERO DE PUNTOS
EXCELENTE	90% A 100%	33 A 31 PUNTOS
BUENO	80 A 89%	30 A 27 PUNTOS
DEFICIENTE	MENOS DE 80%	MENOS DE 26 PUNTOS

TRABAJADOR: Lebici
AUDITOR: [Signature]COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACION



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE: Leidy Astudillo CARGO: Asesora Salud
FECHA: Septiembre 01/2020 SERVICIO: UCI 1

CONTROL DE EJECUCIÓN

Conductas Importantes	Cumplimiento			Observaciones
	SI	NO	NA	
I. Elementos de Protección Laboral				
Monogafas				
a. Usa monogafas	/			
b. Se encuentran en buen estado	/			
c. Les realiza limpieza y desinfección	/			
2. Escudo Facial				
a. Usa el escudo facial			/	
b. Se encuentran en buen estado			/	
3. Mascarilla				
a. Usa mascarilla durante su labor	/			
b. Evita colocarla bajo la barbilla	/			
4. Bata de tela				
a. Usa bata de tela			/	
b. Realiza limpieza de bata según manual de bioseguridad			/	
5. Gorro	/			
a. Usa gorro según protocolos	/			
b. Utiliza el gorro				
6. Guantes				
a. Usa guantes para manipulación de pacientes			/	
b. Se lava las manos según protocolos	/			
7. Zapato Antideslizante				
a. Usa zapato cerrado antideslizante	/			
b. Se encuentra en buen estado	/			
II. Elementos Corto punzantes				
a. Deposita los elementos cortopunzantes en guardianes			/	
b. No re-enfunda las agujas			/	
III. Segregación de Residuos Sólidos Hospitalarios				
a. Conoce la disposición de residuos sólidos	/			

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACIÓN



LISTA DE VERIFICACION

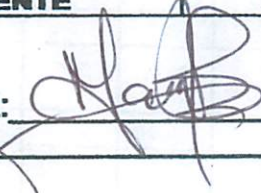
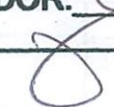
GTH-SO-PD23-FOLV01

01

b. Conoce la disposición de residuos líquidos	/			
c. Conoce la disposición de los contenedores de agujas una vez llenos	/			
IV Bioseguridad				
a. Restringe el uso del celular en el área de trabajo para eliminar la contaminación cruzada.	/			
b. Al realizar procedimientos en pacientes agitados, inconscientes y/o niños solicita acompañamiento de otro compañero de trabajo.			/	
c. Tiene esquema completo de vacunación contra Hepatitis B-tétanos- influenza	/			
d. Evita todo contacto directo con el paciente cuando presenta lesiones exudativas o dermatitis	/			
e. Come en lugar diferente al área de trabajo	/			
f. No fuma en el área de trabajo.	/			
g. Usa uniforme antifluidos	/			
h. Usa el cabello recogido o corto	/			
i. Usa uñas cortas	/			
j. Usa uñas sin esmalte	/			
k. Usa aretes cortos o no los usa.	/			
l. Cumple con el NO uso de pulsera	/			
m. Cumple con el NO uso de anillos	/			

TABLA DE VERIFICACIÓN

CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NÚMERO DE PUNTOS
EXCELENTE	90% A 100%	33 A 31 PUNTOS
BUENO	80 A 89%	30 A 27 PUNTOS
DEFICIENTE	MENOS DE 80%	MENOS DE 26 PUNTOS

TRABAJADOR: 
AUDITOR: COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACION



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE: Cenoura GomezCARGO: Aux Deen SaludFECHA: Septiembre 09/20SERVICIO: Control Molecular

CONTROL DE EJECUCIÓN

Conductas Importantes	Cumplimiento			Observaciones
	SI	NO	NA	
I. Elementos de Protección Laboral				
Monogafas				
a. Usa monogafas		/		Dotación monogafas para la medición
b. Se encuentran en buen estado			/	
c. Les realiza limpieza y desinfección	/			
2. Escudo Facial				
a. Usa el escudo facial			/	
b. Se encuentran en buen estado			/	
3. Mascarilla				
a. Usa mascarilla durante su labor	/			
b. Evita colocarla bajo la barbilla	/			
4. Bata de tela				
a. Usa bata de tela	/			
b. Realiza limpieza de bata según manual de bioseguridad	/			
5. Gorro				
a. Usa gorro según protocolos	/			
b. Utiliza el gorro	/			
6. Guantes				
a. Usa guantes para manipulación de pacientes			/	
b. Se lava las manos según protocolos	/			
7. Zapato Antideslizante				
a. Usa zapato cerrado antideslizante	/			
b. Se encuentra en buen estado	/			
II. Elementos Corto punzantes				
a. Deposita los elementos cortopunzantes en guardianes			/	
b. No re-enfunda las agujas			/	
III. Segregación de Residuos Sólidos Hospitalarios				
a. Conoce la disposición de residuos sólidos	/			

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
CFICINA PLANEACION



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

b. Conoce la disposición de residuos líquidos	/			
c. Conoce la disposición de los contenedores de agujas una vez llenos	/			
IV Bioseguridad				
a. Restringe el uso del celular en el área de trabajo para eliminar la contaminación cruzada.	/			
b. Al realizar procedimientos en pacientes agitados, inconscientes y/o niños solicita acompañamiento de otro compañero de trabajo.	/			
c. Tiene esquema completo de vacunación contra Hepatitis B-tétanos- influenza		/		No puede colocarse la por tener
d. Evita todo contacto directo con el paciente cuando presenta lesiones exudativas o dermatitis	/			
e. Come en lugar diferente al área de trabajo	/			
f. No fuma en el área de trabajo.	/			
g. Usa uniforme antifluidos	/			
h. Usa el cabello recogido o corto	/			
i. Usa uñas cortas	/			
j. Usa uñas sin esmalte	/			
k. Usa aretes cortos o no los usa.	/			
l. Cumple con el NO uso de pulsera	/			
m. Cumple con el NO uso de anillos	/			

TABLA DE VERIFICACIÓN

CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NÚMERO DE PUNTOS
EXCELENTE	90% A 100%	33 A 31 PUNTOS
BUENO	80 A 89%	30 A 27 PUNTOS
DEFICIENTE	MENOS DE 80%	MENOS DE 26 PUNTOS

TRABAJADOR: Cenovia Gómez

AUDITOR [Firma]

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
CFICINA PLANEACION

32

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ	LISTA DE VERIFICACION	GTH-SO-PD23-FOLV01
		01

LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE: Guido Gabriello **CARGO:** Profesional Universitario
FECHA: 09-09-2020 **SERVICIO:** Talento Humano

CONTROL DE EJECUCIÓN

Conductas Importantes	Cumplimiento			Observaciones
	SI	NO	NA	
I. Elementos de Protección Laboral				
Monogafas				
a. Usa monogafas	/			
b. Se encuentran en buen estado	/			
c. Les realiza limpieza y desinfección	/			
2. Escudo Facial				
a. Usa el escudo facial			/	
b. Se encuentran en buen estado			/	
3. Mascarilla				
a. Usa mascarilla durante su labor	/			
b. Evita colocarla bajo la barbilla	/			
4. Bata de tela				
a. Usa bata de tela			/	
b. Realiza limpieza de bata según manual de bioseguridad			/	
5. Gorro				
a. Usa gorro según protocolos			/	
b. Utiliza el gorro			/	
6. Guantes				
a. Usa guantes para manipulación de pacientes			/	
b. Se lava las manos según protocolos	/			
7. Zapato Antideslizante				
a. Usa zapato cerrado antideslizante	/			
b. Se encuentra en buen estado	/			
II. Elementos Corto punzantes				
a. Deposita los elementos cortopunzantes en guardianes			/	
b. No re-enfunda las agujas			/	
III. Segregación de Residuos Sólidos Hospitalarios				
a. Conoce la disposición de residuos sólidos	/			

**COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
CFICINA PLANEACION**



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

b. Conoce la disposición de residuos líquidos	/			
c. Conoce la disposición de los contenedores de agujas una vez llenos	/			
IV Bioseguridad				
a. Restringe el uso del celular en el área de trabajo para eliminar la contaminación cruzada.	/			
b. Al realizar procedimientos en pacientes agitados, inconscientes y/o niños solicita acompañamiento de otro compañero de trabajo.			/	
c. Tiene esquema completo de vacunación contra Hepatitis B-tétanos- influenza		/		por recom. medica
d. Evita todo contacto directo con el paciente cuando presenta lesiones exudativas o dermatitis			/	
e. Come en lugar diferente al área de trabajo	/			
f. No fuma en el área de trabajo.	/			
g. Usa uniforme antifluidos			/	
h. Usa el cabello recogido o corto	/			
i. Usa uñas cortas	/			
j. Usa uñas sin esmalte	/			
k. Usa aretes cortos o no los usa.	/			
l. Cumple con el NO uso de pulsera	/			
m. Cumple con el NO uso de anillos	/			

TABLA DE VERIFICACIÓN

CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NÚMERO DE PUNTOS
EXCELENTE	90% A 100%	33 A 31 PUNTOS
BUENO	80 A 89%	30 A 27 PUNTOS
DEFICIENTE	MENOS DE 80%	MENOS DE 26 PUNTOS

TRABAJADOR:
AUDITORCOPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
CFICINA PLANEACION

	LISTA DE VERIFICACION	GTH-SO-PD23-FOLV01
		01

LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE: Betty F. Rojas **CARGO:** Profesional Universitario
FECHA: 09-09-2020 **SERVICIO:** Talento Humano

CONTROL DE EJECUCIÓN

Conductas Importantes	Cumplimiento			Observaciones
	SI	NO	NA	
I. Elementos de Protección Laboral				
Monogafas				
a. Usa monogafas	/			
b. Se encuentran en buen estado	/			
c. Les realiza limpieza y desinfección	/			
2. Escudo Facial			/	
a. Usa el escudo facial			/	
b. Se encuentran en buen estado			/	
3. Mascarilla				
a. Usa mascarilla durante su labor	/			
b. Evita colocarla bajo la barbilla	/			
4. Bata de tela			/	
a. Usa bata de tela			/	
b. Realiza limpieza de bata según manual de bioseguridad			/	
5. Gorro			/	
a. Usa gorro según protocolos			/	
b. Utiliza el gorro			/	
6. Guantes			/	
a. Usa guantes para manipulación de pacientes			/	
b. Se lava las manos según protocolos	/			
7. Zapato Antideslizante				
a. Usa zapato cerrado antideslizante	/			
b. Se encuentra en buen estado	/			
II. Elementos Corto punzantes				
a. Deposita los elementos cortopunzantes en guardianes			/	
b. No re-enfunda las agujas			/	
III. Segregación de Residuos Sólidos Hospitalarios				
a. Conoce la disposición de residuos sólidos	/			

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
CFICINA PLANEACION



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

b. Conoce la disposición de residuos líquidos	/			
c. Conoce la disposición de los contenedores de agujas una vez llenos	/			
IV Bioseguridad				
a. Restringe el uso del celular en el área de trabajo para eliminar la contaminación cruzada.	/			
b. Al realizar procedimientos en pacientes agitados, inconscientes y/o niños solicita acompañamiento de otro compañero de trabajo.			/	
c. Tiene esquema completo de vacunación contra Hepatitis B-tétanos- influenza		/		Pq- considere no debe colocarse x tema
d. Evita todo contacto directo con el paciente cuando presenta lesiones exudativas o dermatitis			/	
e. Come en lugar diferente al área de trabajo	/			
f. No fuma en el área de trabajo.	/			
g. Usa uniforme antifluidos	/			
h. Usa el cabello recogido o corto	/			
i. Usa uñas cortas	/			
j. Usa uñas sin esmalte	/			
k. Usa aretes cortos o no los usa.	/			
l. Cumple con el NO uso de pulsera	/			
m. Cumple con el NO uso de anillos	/			

TABLA DE VERIFICACIÓN

CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NÚMERO DE PUNTOS
EXCELENTE	90% A 100%	33 A 31 PUNTOS
BUENO	80 A 89%	30 A 27 PUNTOS
DEFICIENTE	MENOS DE 80%	MENOS DE 26 PUNTOS

32

TRABAJADOR: Fabrice R.
AUDITOR: [Signature]

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
CFICINA PLANEACION



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE: Lisbeth Mayra CARGO: Asesora Adm. G. 5
FECHA: 09-09-2020 SERVICIO: Talcahuano H

CONTROL DE EJECUCIÓN

Conductas Importantes	Cumplimiento			Observaciones
	SI	NO	NA	
I. Elementos de Protección Laboral				
Monogafas				
a. Usa monogafas	/			
b. Se encuentran en buen estado	/			
c. Les realiza limpieza y desinfección	/			
2. Escudo Facial				
a. Usa el escudo facial			/	
b. Se encuentran en buen estado			/	
3. Mascarilla				
a. Usa mascarilla durante su labor	/			
b. Evita colocarla bajo la barbilla	/			
4. Bata de tela				
a. Usa bata de tela			/	
b. Realiza limpieza de bata según manual de bioseguridad			/	
5. Gorro				
a. Usa gorro según protocolos			/	
b. Utiliza el gorro			/	
6. Guantes				
a. Usa guantes para manipulación de pacientes			/	
b. Se lava las manos según protocolos	/			
7. Zapato Antideslizante				
a. Usa zapato cerrado antideslizante	/			
b. Se encuentra en buen estado	/			
II. Elementos Corto punzantes				
a. Deposita los elementos cortopunzantes en guardianes			/	
b. No re-enfunda las agujas			/	
III. Segregación de Residuos Sólidos Hospitalarios				
a. Conoce la disposición de residuos sólidos	/			

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACIÓN



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

b. Conoce la disposición de residuos líquidos	/			
c. Conoce la disposición de los contenedores de agujas una vez llenos	/			
IV Bioseguridad				
a. Restringe el uso del celular en el área de trabajo para eliminar la contaminación cruzada.	/			
b. Al realizar procedimientos en pacientes agitados, inconscientes y/o niños solicita acompañamiento de otro compañero de trabajo.			/	
c. Tiene esquema completo de vacunación contra Hepatitis B-tétanos- influenza		/		
d. Evita todo contacto directo con el paciente cuando presenta lesiones exudativas o dermatitis			/	
e. Come en lugar diferente al área de trabajo	/			
f. No fuma en el área de trabajo.	/			
g. Usa uniforme antifluidos	/			
h. Usa el cabello recogido o corto	/			
i. Usa uñas cortas	/			
j. Usa uñas sin esmalte	/			
k. Usa aretes cortos o no los usa.	/			
l. Cumple con el NO uso de pulsera	/			
m. Cumple con el NO uso de anillos	/			

TABLA DE VERIFICACIÓN

CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NÚMERO DE PUNTOS
EXCELENTE	90% A 100%	33 A 31 PUNTOS
BUENO	80 A 89%	30 A 27 PUNTOS
DEFICIENTE	MENOS DE 80%	MENOS DE 26 PUNTOS

TRABAJADOR: [Firma]
AUDITOR: [Firma]

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACION

32



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE: Mneisol Flores CARGO: Asesor Salud
FECHA: Sept 09/2020 SERVICIO: Refuerzo

CONTROL DE EJECUCIÓN

Conductas Importantes	Cumplimiento			Observaciones
	SI	NO	NA	
I. Elementos de Protección Laboral				
Monogafas				
a. Usa monogafas	/			
b. Se encuentran en buen estado	/			
c. Les realiza limpieza y desinfección	/			
2. Escudo Facial				
a. Usa el escudo facial			/	
b. Se encuentran en buen estado			/	
3. Mascarilla				
a. Usa mascarilla durante su labor	/			
b. Evita colocarla bajo la barbilla	/			
4. Bata de tela				
a. Usa bata de tela			/	
b. Realiza limpieza de bata según manual de bioseguridad			/	
5. Gorro				
a. Usa gorro según protocolos			/	
b. Utiliza el gorro	/			
6. Guantes				
a. Usa guantes para manipulación de pacientes			/	
b. Se lava las manos según protocolos	/			
7. Zapato Antideslizante				
a. Usa zapato cerrado antideslizante	/			
b. Se encuentra en buen estado	/			
II. Elementos Corto punzantes				
a. Deposita los elementos cortopunzantes en guardianes			/	
b. No re-enfunda las agujas			/	
III. Segregación de Residuos Sólidos Hospitalarios				
a. Conoce la disposición de residuos sólidos	/			

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
C/FICINA PLANEACION



LISTA DE VERIFICACION

GTH-SO-PD23-FOLV01

01

b. Conoce la disposición de residuos líquidos	/			
c. Conoce la disposición de los contenedores de agujas una vez llenos	/			
IV Bioseguridad				
a. Restringe el uso del celular en el área de trabajo para eliminar la contaminación cruzada.	/			
b. Al realizar procedimientos en pacientes agitados, inconscientes y/o niños solicita acompañamiento de otro compañero de trabajo.			/	
c. Tiene esquema completo de vacunación contra Hepatitis B-tétanos- influenza	/			
d. Evita todo contacto directo con el paciente cuando presenta lesiones exudativas o dermatitis	/			
e. Come en lugar diferente al área de trabajo	/			
f. No fuma en el área de trabajo.	/			
g. Usa uniforme antifluidos	/			
h. Usa el cabello recogido o corto	/			
i. Usa uñas cortas	/			
j. Usa uñas sin esmalte	/			
k. Usa aretes cortos o no los usa.	/			
l. Cumple con el NO uso de pulsera	/			
m. Cumple con el NO uso de anillos	/			

TABLA DE VERIFICACIÓN

CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NÚMERO DE PUNTOS
EXCELENTE	90% A 100%	33 A 31 PUNTOS
BUENO	80 A 89%	30 A 27 PUNTOS
DEFICIENTE	MENOS DE 80%	MENOS DE 26 PUNTOS

32

TRABAJADOR: Marissa Fier Leira
AUDITOR: [Signature]

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANIFICACION