


**FORMATO PARA ENTREGA DE EPP  
E.S.E HOSPITAL LOCAL DE PIEDECUESTA**
AREA  
FARMACIA

FECHA:

TURNO: DIA /NOCHE

NOMBRE	CARGO	HORA	FECHA	TAPABOCA		GORRO	POLAINA	BATA		GAFAS	CARETAS	OVEROL	FIRMA
				NORM	No. 95			ANTI	DESEC				
DIANA PAOLA ADARME MORALES	AUX. FARMACIA	6:55pm	31/7/20		X	X		X					Diana P. A. M.
		6:55pm	01/08/20			X		X					Diana P. A. M.
		7:00pm	3/8/20			X		X					Diana P. A. M.
		7:00pm	4/8/20			X		X					Diana P. A. M.
JENNY JOHANNA JAIMES ORTEGA	AUX. FARMACIA	7:00pm	1-08-20	X		X		X					Jenny J. O.
		7:00pm	04-08-20	X		X		X					Jenny J. O.
EDITH CORTES CARRILLO	AUX. FARMACIA	6:50pm	01-08-20					X					Edith C. C.
JERALDY LOPEZ RAMOS	AUX. FARMACIA												
JESSYKA HAYDEE PINZON PELUFO	REGENTE DE FARMACIA	7:00pm	03/8/20			X							Jessy K. P.

**FIRMA**