


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

FECHA:

TURNO: DIA /NOCHE

NOMBRE	CARGO	HORA	FECHA	TAPABOCA NORM.No. 95	GORRO	POLAINA	BATA		GAFAS	CARETAS	OVEROL	FIRMA
							ANTI	DESEC				
DIANA PAOLA ADARME MORALES	AUX. FARMACIA	7:00am 6:55pm 6:45am	26/03/20 27/2/20 30/2/20	X	X		X	X				DIANA P. ADARME D. ADARME M. D.
JENNY JOHANNA JAIMES ORTEGA	AUX. FARMACIA	7:00am 7:00pm 7:00am 7:00pm	23-07 26-07 29-07 30-07	X X X X	X X X X		X X X X	X X X X				JENNY J. JAIMES J. JAIMES O. J. JAIMES O. J. JAIMES O.
EDITH CORTES CARRILLO	AUX. FARMACIA	7:00pm 7:00pm 7:00am 7:00pm	24-07-20 25-07-20 28-07-20 29-07-20				X X X X	X X X X				EDITH C. CARRILLO EDITH C. CARRILLO EDITH C. CARRILLO EDITH C. CARRILLO
JERALDY LOPEZ RAMOS	AUX. FARMACIA											
JESSYKA HAYDEE PINZON DELUFO	REGENTE DE FARMACIA	7:00am 7:00am 7:00am	23-07-20 26/2/20 30/2/20	X X			X	X				JESSYKA H. PINZON J. PINZON D.

