



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
				NORMA	No. 95			ANTI	DESEC				
DIANA PAOLA ADARME MORALES	AUX. FARMACIA	6:55 am	10/10/10					X					DIANA P. A. M.
		7:00 pm	11/10/10					X					DIANA P. A. M.
		6:55 am	14/10/10					X					DIANA P. A. M.
		6:55 pm	15/10/10			X		X					DIANA P. A. M.
MARIA FERNANDA ROSALES LOPEZ	AUX. FARMACIA	7:00 am	11-10-20					X					MARIA F. R.
		7:00 am	12-10-20					X					MARIA F. R.
		7:00 am	15-10-20			X		X					MARIA F. R.
EDITH CORTES CARRILLO	AUX. FARMACIA	7:00 pm	09.10.10		X			X					Edith Cortes
		7:00 pm	12-10-20		X			X					Edith Cortes
LAURA MARCELA SIERRA CORREA	AUX. FARMACIA	9-10-20	7:00 am			X		X					LAURA M. SIERRA C.
		7:00 pm	10-10-20			X		X					LAURA M. SIERRA C.
		7:00 am	13-10-20			X		X					LAURA M. SIERRA C.
		7:00 pm	14-10-20					X					LAURA M. SIERRA C.
JESSYKA HAYDEE PINZON PELUFFO	REGENTE DE FARMACIA	13-10-20	7:00 am			X		X					Jessyka Haydee Pinzon Peluffo
		15-10-20	7:00 am			X		X					Jessyka Haydee Pinzon Peluffo