


**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
				NORMANo. 95				ANTI	DESEC				
DIANA PAOLA ADARME MORALES	AUX. FARMACIA	6:55pm 7:00pm	18/6/20 19/6/20		X			X	X				DIANA P. A M
MARIA FERNANDA ROSALES LOPEZ	AUX. FARMACIA	7:00pm 7:00pm	16-10 19-10					X	X				MARIA F. R. L.
EDITH CORTES CARRILLO	AUX. FARMACIA	7:00pm 7:00pm	X		X	X		X	X				EDITH C. C.
LAURA MARCELA SIERRA CORREA	AUX. FARMACIA	7:00pm 7:00pm	21-10 22-10		X			X	X				LAURA M. S. C.
JESSYKA HAYDEE PINZON PELUFFO	REGENTE DE FARMACIA												

AREA  
FARMACIA

FECHA:

**TURNNO: DIA /NOCHE**

[illegible]