


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

NOMBRE	CARGO	HORA	FECHA	TAPABOCA		GORRO	POLAINA	BATA		GAFAS	CARETAS	OVEROL	FIRMA
				NORMA	No. 95			ANTI	DESEC				
DIANA PAOLA ADARME MORALES	AUX. FARMACIA												
JENNY JOHANA JAIMES ORTEGA	AUX. FARMACIA												
WENDY CASTILLO	AUX. FARMACIA												
EDITH CORTES CARRILLO	REGENTE DE FARMACIA												