



 <b>FORMATO PARA ENTREGA DE EPP</b> <b>E.S.E HOSPITAL LOCAL DE PIEDECUESTA</b>										AREA MEDICOS DE URGENCIAS			FECHA:		TURNO: DIA /NOCHE	
NOMBRE	CARGO	TURNO	HORA	FECHA	TAPABOCA		GORRO	POLAINA	BATA	GAFAS	CARETA	OVEROL	FIRMA			
					NORMAL	No.95			ANTI	DESEC						
JORGE ARMANDO DIAZ CRUZ	MEDICO URGENCIAS															
JOSE LUIS RODRIGUEZ MAJULL	MEDICO URGENCIAS															
JENIFFER VELANDIA QUINTERO	MEDICO URGENCIAS															

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten text: dia por noche]*

[illegible]

[illegible]