



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

AREA ODONTOLOGIA

FECHA:

TURNO: DIA /NOCHE

NOMBRE	CARGO	HORA	FECHA	TAPABOCA		GORRO	POLAINA	BATA		GAFAS	CARETA	OVEROL	FIRMA
				NORMAL	No.95			ANTI	DESEC				
ERIKA DANIELA ROJAS VILLABONA	ODONTOLOGA	6:55	6-11	X				X					DANIELA ROJAS VILLABONA
		6:55	9-11	X	X			X					
		6:55	10-11	X				X					
		6:55	11-11	X				X					
JAIRO ANDRES PEÑA	ODONTOLOGA	6:50	6-11	X				X					JAIRO ANDRES PEÑA
		6:50	9-11	X	X			X					
		10:00	10-11	X				X					
		6:40	11-11	X				X					
STEFANNIA ALEXANDRA VILLAMIZAR REYES	ODONTOLOGA	6:55	6/11	X				X					STEFANNIA ALEXANDRA VILLAMIZAR REYES
		6:57	9/11	X	X			X					
		6:57	10/11	X				X					
		7:00	10-11-11	X				X					
MERCEDES HERNANDEZ PARRA	HIGIENISTA ORAL	6:55	11-11-20	X				X					MERCEDES HERNANDEZ PARRA
		7:00	6-11-20	X				X					
		7:00	9-11-20	X				X					
		7:00	10-11-20	X				X					
MARY LUZ SOLAREZ PEREZ	HIGIENISTA ORAL	7:00	6-11-20	X				X					MARY LUZ SOLAREZ PEREZ
		7:00	9-11-20	X				X					
		7:00	10-11-20	X				X					
		7:00	11-11-20	X				X					
INGRID TATIANA LOPEZ SEPULVEDA	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	7:00	6-11-20	X				X					INGRID TATIANA LOPEZ SEPULVEDA
		7:00	9-11-20	X	X			X					
		7:00	10-11-20	X				X					
		7:00	11-11-20	X				X					