

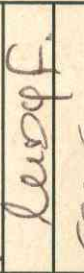
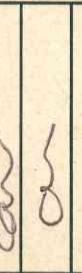
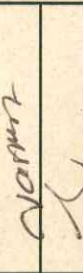
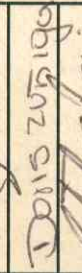









 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS			Código: SST-FR-047
Formato: Entrega de Elementos de Protección Personal			Fecha: 17/Junio/2014

FECHA DE ENTREGA			NOMBRE TRABAJADOR	AREA	NOMBRE DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	CANTIDAD	FIRMA
D	M	A					
86	15	07	20	UCI	N-95	1	
85	15	07	2020	UCI	N-95	1	
81	15	07	2020	UCI	N-95	1	
83	15	07	2020	UCI	N95 + overol	1+1	
82	16	07	2020	UCI	N95	1	
81	16	07	2020	UCI	N95	1	
80	16	07	2020	UCI	N95	1	
79	16	07	2020	UCI	N-95	1	
78	16	07	2020	UCI	N-95	1	
77	16	07	2020	UCI	N95	1	
76	16	07	2020	UCI	N95	1	
75	16	07	2020	UCI	N-95	1	
74	16	07	2020	UCI	N-95	1	
73	16	07	2020	UCI	N-95	1	
72	16	07	2020	UCI	N95	1	

Me comprometo a utilizar los elementos de protección que me han sido suministrados para el desempeño de mis funciones y actividades dentro del área de trabajo. He sido instruido sobre la manera correcta de su uso y mantenimiento; igualmente me comprometo a mantenerlos en buen estado y reportar cualquier anomalía al jefe inmediato, para su reposición.