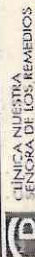


Código: SST-FR-109	
Fecha: 12/Junio/2020	
Versión: 001	



Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad

FECHA DE ENTREGA		Higiene de manos	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor / Careta	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antifluído	Bata Antifluído	Gautes	Polainas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M A													
11	07	20	SI	1	1	1	1	4	1	1	33 pares	5	Wuylf A	Overol (2)
12	07	20	SI	1	1	1	1	0	1	1	26 pares	4	Wuylf A	Overol (3)
14	07	20	SI	1	1	1	1	0	1	1	14 pares	2	Wuylf A	Overol (2)
16	07	20	SI	1	1	1	1	3	1	1	33 pares	4	Wuylf A	Overol (1)
17	07	20	SI	1	1	1	1	4	1	1	33 pares	5	Wuylf A	overol (0)
18	07	20	SI	1	1	1	1	0	1	1	16 pares	4	Wuylf A	Overol (3)
20	07	20	SI	1	1	1	1	0	1	1	31 pares	2	Wuylf A	Overol (3)
21	07	20	SI	1	1	1	1	0	1	1	29 pares	1	Wuylf A	Overol (0)
22	07	20	SI	1	1	1	1	1	1	1	29 pares	2	Wuylf A	Overol (1)
23	07	20	SI	1	1	1	1	1	1	1	16 pares	2	Wuylf A	Overol (02)
24	07	20	SI	1	1	1	1	0	1	0	62 pares	1	Wuylf A	Overol (01)
28	07	20	SI	1	1	1	1	0	1	1	26 pares	1	Wuylf A	Overol (02)
29	07	20	SI	1	1	1	1	0	1	1	11 pares	1	Wuylf A	Overol (02)
30	07	20	SI	1	1	1	1	0	1	1	5 pares	1	Wuylf A	Overol (02)
02	08	20	SI	1	1	1	1	0	1	1	9 pares	2	Wuylf A	Overol (02)
05	08	20	SI	1	1	1	1	0	1	1	40 pares	1	Wuylf A	Overol (02)

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.

Licetey Amoyare







[illegible]



**Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad**

AGOSTO

[illegible]

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.

6057960 A. Zwilaga.







<p>Código: SST-FR-109</p> <p>Fecha: 12/Junio/2020</p> <p>Versión: 001</p>	
<p>CLÍNICA NUESTRA HERNÁNDEZ DE LOS RÍOS</p>	
<p>Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad</p>	

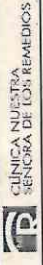
FECHA DE ENTREGA		Higiene de manos	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor /Caret	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antifuído	Bata Antifuído	Guantes	Polainas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A												
10	07	20	✓	1	1	1	1	3	1	1	36	3	<i>Magda</i>	Coverol (1) (0)
13	07	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	43	1	<i>Magda</i>	Coverol (2)
14	07	20	✓	1	1	1	1	1	1	1	37	2	<i>Magda</i>	- bata (0)
15	07	20	✓	1	1	1	1	5	1	5	42	1	<i>Magda</i>	- 5 batas (0)
17	07	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	23	1	<i>Magda</i>	-
18	07	20	✓	1	1	1	1	1	1	1	48	2	<i>Magda</i>	overol (11) batas (0)
19	07	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	38	1	<i>Magda</i>	overol (4)
21	07	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	58	1	<i>Magda</i>	overol (6)
23	07	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	30	1	<i>Magda</i>	overol (3)
24	07	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	27	1	<i>Magda</i>	overol (3)
26	07	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	38	1	<i>Magda</i>	overol (3)
27	07	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	36	1	<i>Magda</i>	overol (3)
28	07	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	32	1	<i>Magda</i>	overol (0)
31	07	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	38	1	<i>Magda</i>	overol (3)
01	08	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	25	1	<i>Magda</i>	overol (3)
02	08	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	4	1	<i>Magda</i>	overol (0)
04	08	20	✓	1	1	1	1	0	1	1	7	1	<i>Magda</i>	overol (0)

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.

Magdalena Tamayo



Código: SST-FR-109	
Fecha: 12/Junio/2020	
Versión: 001	



Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad

FECHA DE ENTREGA			Higiene de manos	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor / Careta	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antifluído	Bata Antifluído	Guantes	Polainas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A													
17	07	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	19	2	Juan Manuel	
18	07	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	18	2	Juan Manuel	
20	07	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	24	2	Juan Manuel	
21	07	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	24	2	Juan Manuel	
22	07	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	24	2	Juan Manuel	
23	07	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	25	2	Juan Manuel	
24	07	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	25	2	Juan Manuel	
27	07	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	20	2	Juan Manuel	
28	07	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	22	2	Juan Manuel	
29	07	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	10	2	Juan Manuel	
30	07	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	22	2	Juan Manuel	
31	07	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Juan Manuel	
02	08	20	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Juan Manuel	

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.

Juan Manuel Moncalve



Katherine Ramirez