

Versión: 001

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 mantenimientos en buen estado y reportar cualquier anomalía al jefe inmediato, para su pronta reparación.

FECHA DE ENTREGA			Higiene de manos	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor /Caretta	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antifluido	Bata Antifluido	Guantes	Polainas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A													
09	9	20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	- SI	SI	NO	ARTURO	
09	9	20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	Sepher	
09	9	20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	Isabella.	
09	9	20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	CPRMAY	
10	09	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Juan D.O.	
10	09	20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	María S.O.	
11	09	20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	ARANDO.	
11	09	20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	Isabella.	
11	09	20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	ALBA P.	
11	09	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	CITLORD	
10	09	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	LAFORER	

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.



Código: SST-FR-047

Formato: Entrega de Elementos de Protección Personal

Fecha: 17/Junio/2014

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.

FECHA DE ENTREGA			NOMBRE TRABAJADOR	AREA	NOMBRE DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	CANTIDAD	FIRMA
D	M	A					
5	9	20	Isabella AM	Hosp, 3A	Nas	1	Isabel
5	09	20	Manu ova	3A	Nas	1	Manu
6	09	20	Isabella	3A	Nas	1	Isabel
7	09	20	Isabella	3A	Nas	1	Isabel
18	9	2020	Isabella	3A	Nas	1	Isabel
09	09	2020	Anamario	3A	N 95	1	Anamario