



CLINICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

**Código: ST-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.

[illegible]



CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

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					
25	5	2020	CARDONA NO12	3B	MASCARILLA A	1	CN12
25	1	2020	CRISTINA LORENA	3B	N 95 TAPABOCAS	1	LORENA GOMARRIS
25	01	2021	Sandra Gonzalez	HOSP 3B	TAPABOCAS N95	1	Sandra
25	01	2021	Lina Cardona	3B	N 95 TAPABOCAS	1	<del>Sandra</del> Lina
25	01	2021	Leonor Vela	3B	N 95 TAPABOCAS	1	Leonor
25	01	2021	Florencia Gomez	3D	N-95	1	Florencia
25	01	2021	Florencia RBL	3D	N-95	1	Florencia
26	01	2021	Camilla	3B	N-95	1	Camilla
26	01	2021	Isabel Hernandez	3D	N 95	1	Isabel
26	01	2021	Isabel	3B	N-95	1	Isabel
26	01	2021	Catheline	3B	N-95	1	Catheline
30	01	2021	Florencia	3B	N-95	1	Florencia
30	01	2021	Florencia	3B	N-95	1	Florencia
30	01	2021	Maria Juan Coma	3B	N-95	1	Maria C.
31	01	2021	Sandra Gonzalez	HOSP 3B	TAPABOCAS N95	1	Sandra

31 01 2021 Catheline Escobar Hosp Tapabocas 1 Catheline

FECHA DE ENTREGA			Higiene de manos	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor /Caretta	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antifluído	Bata Antifluído	Guantes	Polainas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A													
25	1	21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	CLINICA	OK
25	1	21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	lina c.	OK
25	01	21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Josely G. Lopez	OK
25	01	21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Sandra G.	OK
25	1	21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Shirley C.	OK
25	1	21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Leonor	OK
30	1	21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Leonor	OK
30	1	21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Maria Jose	OK
31	01	21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Sandra	OK
31	1	21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Catherine	OK

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.