



CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-109

Fecha: 12/Junio/2020

Versión: 001

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

FECHA DE ENTREGA			Historial de entrega	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor /Caretta	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antiflujo	Bata Antiflujo	Guantes	Polainas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A													
31	05	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	11:00 am
31	05	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	11:12 am
01	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	6:50 am
01	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	7:00 AM/ 2H
01	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	8:00 AM.
02	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	6:50 am
02	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	7:13 am
02	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	8:00 pm
02	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	5:00 pm
02	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	4:00 PM
03	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	7:05 AM
03	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	10:30 AM
03	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	11:30 AM
04	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	7:10 am.
04	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	4:20 PM/ 2H.
07	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	7:00 PM/ 3H
08	06	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	7:05 am
9	6	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	8:02
8	6	21	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2591-20	8:10

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.