	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PERSONA	Código:	FOR-0065-014
		Versión:	6

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - SANTA ROSA DE CABAL - NIT: 891.480.036-6

NOMBRE COMPLETO	Antonio Acevedo R	DOCUMENTO IDENTIDAD	18515793	AREA / SERCICIO / DEPENDENCIA	Consulta Externa

FECHA DE ENTREGA (DD / MM / AA)	HORA	PUESTO DE TRABAJO	EPP ENTREGADO (Mascarilla quirúrgica, N95, entre otros) Un renglón para cada uno	CANTIDAD	EPP's DISPONIBLES PARA EL TURNO (Indicar con Si, No, o N/A, según corresponda)					NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA RECIBIDO
					Batas de bioseguridad	Guantes	Protección visual (Gafas ó careta)	Gorro	Polainas		
2/09/24	7	cons. ext.	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	A.O.R
3/09/24	7	cons. ext.	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	A.O.R
4/09/24	7	cons. ext.	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	AOR
5/09/24	7	cons ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	AOR
6/09/24	7	cons ext.	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	AOR
9/09/24	7	cons ext.	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	AOR
10/09/24	7	cons ext.	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	AOR
11/09/24	7	cons ext.	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	AOR
12/09/24	7	cons. ext.	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	AOR
13/09/24	7	cons. ext.	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	AOR
16/09/24	7	cons ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	AOR
17/09/24	7	cons ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	AOR
18/09/24	7	cons ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	AOR
19/09/24	7	cons. ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	AOR

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: Recibí de la E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL los elementos de protección personal relacionadas en la presente planilla. Dichos elementos se encuentran en buenas condiciones y mi responsabilidad como trabajador es mantenerlos y cuidarlos para que cumplan su función de protección. Por tanto, me comprometo a usarlos para desempeñar las actividades al servicio de ésta empresa. Soy consciente del hecho que utilizar los elementos de protección personal protege mi salud y estoy enterado que el no acatar las normas y el no usar los Elementos de Protección Personal y demás implementos de seguridad podrá acarrearme sanciones disciplinarias, de acuerdo con el Reglamento Interno de Trabajo y el Decreto Ley 1295 de 1994, Capítulo X

	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PERSONA	Código:	FOR-0065-014
		Versión:	6

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - SANTA ROSA DE CABAL - NIT: 891.480.036-6

NOMBRE COMPLETO		DOCUMENTO IDENTIDAD		AREA / SERCICIO / DEPENDENCIA	

FECHA DE ENTREGA (DD / MM / AA)	HORA	PUESTO DE TRABAJO	EPP ENTREGADO (Mascarilla quirúrgica, N95, entre otros) Un renglón para cada uno	CANTIDAD	EPP's DISPONIBLES PARA EL TURNO (Indicar con SI, No, o N/A, según corresponda)					NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA RECIBIDO
					Batas de bioseguridad	Guantes	Protección visual (Gafas ó careta)	Gorro	Polainas		
20/09/24	7	cons. Ext.	Tapaboca	1	Si	si	si	NA	NA	yoneth	
23/09/24	7	cons. Ext.	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	
24/09/24	7	cons. Ext	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	
25/09/24	7	cons Ext	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	
26/09/24	7	cons. Ext	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	
27/09/24	7	cons Ext	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	
28/09/24	7	cons Ext	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	
30/09/24	7	cons. Ext.	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	
/09/24	7	cons. Ext.	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	
/09/24	7	cons Ext.	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA		
/09/24	7	cons Ext.	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA		
/09/24	7	cons Ext	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA		
/09/24	7	cons Ext.	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA		
/09/24	7	cons Ext	Tapaboca	1	si	si	si	NA	NA		

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: Recibí de la E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL los elementos de protección personal relacionados en la presente planilla. Dichos elementos se encuentran en buenas condiciones y mi responsabilidad como trabajador es mantenerlos y cuidarlos para que cumplan su función de protección. Por tanto, me comprometo a usarlos para desempeñar las actividades al servicio de esta empresa. Soy consciente del hecho que utilizar los elementos de protección personal protege mi salud y estoy enterado que el no acatar las normas y el no usar los Elementos de Proteccion Personal y demás implementos de seguridad podrá acarrearme sanciones disciplinarias, de acuerdo con el Reglamento Interno de Trabajo y el Decreto Ley 1295 de 1994, Capítulo X.

	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PERSONA	Código:	FOR-0065-014
E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Santa Rosa de Cabal		Versión:	6

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - SANTA ROSA DE CABAL - NIT: 891.480.036-6

NOMBRE COMPLETO	Yeraldid Garcia G	DOCUMENTO IDENTIDAD	1088295897	AREA / SERCICIO / DEPENDENCIA	PIC

FECHA DE ENTREGA (DD / MM / AA)	HORA	PUESTO DE TRABAJO	EPP ENTREGADO (Mascarilla quirúrgica, N95, entre otros) Un renglón para cada uno	CANTIDAD	EPP's DISPONIBLES PARA EL TURNO (Indicar con Si, No, o N/A, según corresponda)					NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA RECIBIDO
					Batas de bioseguridad	Guantes	Protección visual (Gafas ó careta)	Gorro	Polainas		
2,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	Yeraldid
3,9,24	8	consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	Yeraldid
4,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	Yeraldid
5,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	Yeraldid
6,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	Yeraldid
7,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	Yeraldid
8,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	Yeraldid
9,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	Yeraldid
10,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	Yeraldid
11,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	Yeraldid
12,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	Yeraldid
13,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	Yeraldid
14,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	
15,9,24	8	Consul Ext	Topoboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	yaneth	

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: Recibí de la E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL los elementos de protección personal relacionados en la presente planilla. Dichos elementos se encuentran en buenas condiciones y mi responsabilidad como trabajador es mantenerlos y cuidarlos para que cumplan su función de protección. Por tanto, me comprometo a usarlos para desempeñar las actividades al servicio de ésta empresa/Soy consciente del hecho que utilizar los elementos de protección personal protege mi salud y estoy enterado que el no acatar las normas y el no usar los Elementos de Protección Personal y demás implementos de seguridad podrá acarrearme sanciones disciplinarias, de acuerdo con el Reglamento Interno de Trabajo y el Decreto Ley 1295 de 1994, Capítulo X.

	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PERSONA	Código:	FOR-0065-014
		Versión:	6

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - SANTA ROSA DE CABAL - NIT: 891.480.036-6

NOMBRE COMPLETO	Yeraldi Garcia G	DOCUMENTO IDENTIDAD	1088295877	AREA / SERCICIO / DEPENDENCIA	PIC

FECHA DE ENTREGA (DD / MM / AA)	HORA	PUESTO DE TRABAJO	EPP ENTREGADO (Mascarilla quirúrgica, N95, entre otros) Un renglón para cada uno	CANTIDAD	EPP's DISPONIBLES PARA EL TURNO (Indicar con Si, No, o N/A, según corresponda)					NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA RECIBIDO
					Batas de bioseguridad	Guantes	Protección visual (Gafas ó careta)	Gorro	Polainas		
16/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	Incapacidad
17/9/24		consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	Incapacidad
18/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	11
19/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	11
20/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	11
21/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	11
22/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	11
23/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	Incapacidad
24/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	11
25/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	11
26/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	11
27/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	11
28/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	11
29/9/24		Consul Ext	Tapaboc	1	Si	Si	Si	NA	NA	Yareth	11

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: Recibí de la E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL los elementos de protección personal relacionados en la presente planilla. Dichos elementos se encuentran en buenas condiciones y mi responsabilidad como trabajador es mantenerlos y cuidarlos para que cumplan su función de protección. Por tanto, me comprometo a usarlos para desempeñar las actividades al servicio de ésta empresa. Soy consciente del hecho que utilizar los elementos de protección personal protege mi salud y estoy enterado que el no acatar las normas y el no usar los Elementos de Protección Personal y demás implementos de seguridad podrá acarrearme sanciones disciplinarias, de acuerdo con el Reglamento Interno de Trabajo y el Decreto Ley 1295 de 1994, Capítulo X.

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PERSONA

Código:	FOR-0065-014
Versión:	6

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - SANTA ROSA DE CABAL - NIT: 891.480.036-6

NOMBRE COMPLETO	Maria Liliana Marin	DOCUMENTO IDENTIDAD	25.173.903	AREA / SERCICIO / DEPENDENCIA	Consulta Externa - Pic

FECHA DE ENTREGA (DD / MM / AA)	HORA	PUESTO DE TRABAJO	EPP ENTREGADO (Mascarilla quirúrgica, N95, entre otros) Un renglón para cada uno	CANTIDAD	EPP's DISPONIBLES PARA EL TURNO (Indicar con SI, No, o N/A, según corresponda)					NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA RECIBIDO
					Batas de bioseguridad	Guantes	Protección visual (Gafas ó careta)	Gorro	Polainas		
02'09'24	7.	Cons. ext.	tapabocas	1	Si	Si	Si	NA	NA.	yoneth	Liliana Marin
03'09'24	7	Cons. ext.	tapabocas	1	Si	Si	Si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
04'09'24	7	Cons: ext.	tapabocas	1	Si	Si	Si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
05'09'24	7.	Cons ext.	tapabocas	1	Si	Si	Si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
06'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	Si	Si	Si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
09'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	Si	Si	si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
10'09'24	7.	Cons ext.	tapabocas	1	Si	Si	si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
11'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	Si	Si	Si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
12'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	Si	Si	Si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
13'09'24	7	cons ext	tapabocas	1	Si	Si	si	NA.	NA.	yoneth	Liliana Marin
14'09'24	7	Cons ext	tapabocas	1	Si	Si	Si	NA	NA.	yoneth	Liliana Marin
16'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	Si	Si	Si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
17'09'24	7	Cons. ext.	tapabocas	1	si	Si	si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
18'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	Si	Si	si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: Recibí de la E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL los elementos de protección personal relacionados en la presente planilla. Dichos elementos se encuentran en buenas condiciones y mi responsabilidad como trabajador es mantenerlos y cuidarlos para que cumplan su función de protección. Por tanto, me comprometo a usarlos para desempeñar las actividades al servicio de ésta empresa, Soy consciente del hecho que utilizar los elementos de protección personal protege mi salud y estoy enterado que el no acatar las normas y el no usar los Elementos de Protección Personal y demás implementos de seguridad podrá acarrearme sanciones disciplinarias, de acuerdo con el Reglamento Interno de Trabajo y el Decreto Ley 1295 de 1994, Capítulo X.

	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PERSONA	Código:	FOR-0065-014
		Versión:	6

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - SANTA ROSA DE CABAL - NIT: 891.480.036-6

NOMBRE COMPLETO	Maira Liliana Marin	DOCUMENTO IDENTIDAD	25173.903	AREA / SERCICIO / DEPENDENCIA	Consulta externa - Pic

FECHA DE ENTREGA (DD / MM / AA)	HORA	PUESTO DE TRABAJO	EPP ENTREGADO (Mascarilla quirúrgica, N95, entre otros) Un renglón para cada uno	CANTIDAD	EPP's DISPONIBLES PARA EL TURNO (Indicar con SI, No, o N/A, según corresponda)					NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA RECIBIDO
					Batas de bioseguridad	Guantes	Protección visual (Gafas ó careta)	Gorro	Polainas		
19'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
20'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
23'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
24'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
25'09'24	7	Cons ext.	tapobocas	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
26'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
27'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
28'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	si	si	si	NA	NA	yoneth	Liliana Marin
30'09'24	7	Cons ext.	tapabocas	1	si	si	si	NA	NA.	yoneth	Liliana Marin
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: Recibí de la E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL los elementos de protección personal relacionados en la presente planilla. Dichos elementos se encuentran en buenas condiciones y mi responsabilidad como trabajador es mantenerlos y cuidarlos para que cumplan su función de protección. Por tanto, me comprometo a usarlos para desempeñar las actividades al servicio de ésta empresa. Soy consciente del hecho que utilizar los elementos de protección personal protege mi salud y estoy enterado que el no acatar las normas y el no usar los Elementos de Protección Personal y demás implementos de seguridad podrá acarrearme sanciones disciplinarias, de acuerdo con el Reglamento Interno de Trabajo y el Decreto Ley 1295 de 1994, Capítulo X.

	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PERSONA	Código:	FOR-0065-014
		Versión:	6

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - SANTA ROSA DE CABAL - NIT: 891.480.036-6

NOMBRE COMPLETO	Isabel Cristina López	DOCUMENTO IDENTIDAD	25174032	AREA / SERCICIO / DEPENDENCIA	Extramural.

FECHA DE ENTREGA (DD / MM / AA)	HORA	PUESTO DE TRABAJO	EPP ENTREGADO (Mascarilla quirúrgica, N95, entre otros) Un renglón para cada uno	CANTIDAD	EPP's DISPONIBLES PARA EL TURNO (Indicar con Si, No, o N/A, según corresponda)					NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA RECIBIDO
					Batas de bioseguridad	Guantes	Protección visual (Gafas ó careta)	Gorro	Polainas		
2/09/24		Con Externa	tapabocas	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L.
3/09/24		Con Externa	tapabocas.	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L.
4/09/24		con Externa	tapabocas	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L
5/09/24		Con Extrina	tapabocas	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L
6/09/24		con Extrina	tapabocas	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L.
9/09/24		Con Externa	tapabocas	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L.
10/09/24		Con Externa.	tapabocas.	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L.
11/09/24		Con Extrina.	tapabocas	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L.
12/09/24		Con Externa	tapabocas	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L.
13/09/24		Con Extrina	tapabocas	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L.
16/09/24		Con Externa	tapabocas.	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L.
17/09/24		Con Externa	tapabocas	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L.
18/09/24		Con Externa	tapabocas	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L.
19/09/24		Con Externa.	tapabocas	7	SI	SI	SI	NA	NA		Isabel L.

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: Recibí de la E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL los elementos de protección personal relacionados en la presente planilla. Dichos elementos se encuentran en buenas condiciones y mi responsabilidad como trabajador es mantenerlos y cuidarlos para que cumplan su función de protección. Por tanto, me comprometo a usarlos para desempeñar las actividades al servicio de ésta empresa. Soy consciente del hecho que utilizar los elementos de protección personal protege mi salud y estoy enterado que el no acatar las normas y el no usar los Elementos de Protección Personal y demás implementos de seguridad podrá acarrearme sanciones disciplinarias, de acuerdo con el Reglamento Interno de Trabajo y el Decreto Ley 1295 de 1994, Capitulo X.

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PERSONA

Código:	FOR-0065-014
Versión:	6

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - SANTA ROSA DE CABAL - NIT: 891.480.036-6

NOMBRE COMPLETO	Isabel @ Lopez	DOCUMENTO IDENTIDAD	25174032	AREA / SERCICIO / DEPENDENCIA	

FECHA DE ENTREGA (DD / MM / AA)	HORA	PUESTO DE TRABAJO	EPP ENTREGADO (Mascarilla quirúrgica, N95, entre otros) Un renglón para cada uno	CANTIDAD	EPP's DISPONIBLES PARA EL TURNO (Indicar con Si, No, o N/A, según corresponda)					NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA RECIBIDO
					Batas de bioseguridad	Guantes	Protección visual (Gafas ó careta)	Gorro	Polainas		
23/09/24		Con Externo	Tapaboca	7	SI	SI	SI	NO	NO		Isabel.
24/09/24		Con Externo	Tapaboca	7	SI	SI	SI	NO	NO		Isabel
25/09/24		Con Externo	Tapaboca	7.	SI	SI	SI	NO	NO		Isabel
26/09/24		Con Externo	Tapaboca	7.	SI	SI	SI	NO	NO		Isabel.
27/09/24		Con Externo	Tapaboca	7	SI	SI	SI	NO	NO		Isabel
30/09/24		Con Externo	Tapaboca	7.	SI	SI	SI.	NO	NO		Isabel.
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: Recibí de la E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL los elementos de protección personal relacionados en la presente planilla. Dichos elementos se encuentran en buenas condiciones y mi responsabilidad como trabajador es mantenerlos y cuidarlos para que cumplan su función de protección. Por tanto, me comprometo a usarlos para desempeñar las actividades al servicio de ésta empresa. Soy consciente del hecho que utilizar los elementos de protección personal protege mi salud y estoy enterado que el no acatar las normas y el no usar los Elementos de Protección Personal y demás implementos de seguridad podrá acarrearme sanciones disciplinarias, de acuerdo con el Reglamento Interno de Trabajo y el Decreto Ley 1295 de 1994, Capítulo X.