ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Señores Aspirantes;

Considerando la situación actual del país frente a la pandemia del COVID 19 y la responsabilidad que tenemos como entidad prestadora de servicios de salud ESE de conocer de primera mano la información personal de cada uno de los aspirantes a vincularse a la entidad y ante la responsabilidad de evitar cualquier riesgo que pueda existir frente a su propagación; se requiere dar trámite de puño y letra de la siguiente información

DECLARACION DE CONTACTOS Y ESTADO DE SALUD.

SI	NO	PREGUNTAS
	NO	¿Ha viajado en los últimos 14 días a áreas con circulación activa comunitaria de COVID 19?
	NO	¿Ha sido diagnosticado con coronavirus covid19 en el último mes?
	NO	¿Está esperando reporte de resultados para COVID 19 en el momento?
	NO	¿Ha estado en contacto con alguien sospechoso o diagnosticado con Coronavirus COVID 19 en los últimos 14 días ?.
	NO	¿Ha participado recientemente en alguna reunión o ha tenido contacto cercano con muchas personas por fuera de su hogar?
	NO	Ha tenido en los últimos siete (7) días uno o más de estos síntomas: tos, fiebre, escalofríos, ¿dificultad para respirar o fatiga?
		Presenta factores predisponentes. En caso de enfermedad crónica describa el tipo de patología: Hipertensión y/o Diabetes Mellitus) y Enfermedad de alto riesgo escriba en diagnostico según corresponda: (Cardiopatías, Patologías pulmonares, Enfermedades Autoinmunes, Cáncer, Pacientes Inmunosuprimidos.) Describa la patología. NO aplica

La información reportada en el presente documento la realizo bajo la gravedad del juramento y manifiesto que corresponde a la verdad, y autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, de tener en cuenta como criterio de selección esta información en protección de mi vida y salud como derechos fundamentales protegidos por la Constitución Política Nacional, de acuerdo a los lineamientos y normatividad de bioseguridad establecidos por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia.

Nombre del Aspirante: laura stella chaverra p. Documento N° 52-386869