MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-017
		VERSIÓN	2
	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 1

PROYECTO: Obra Juan Evangelista Gomez

FECHA: 30 octubre 2020

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Dalia Jimenez

CARGO: Tecnica SST

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	TIENE		ESTADO			ACCIONES A TOMAR
	SI	NO	BUENO	MALO	REGULAR	
DOTACION : CAMISA, PANTALON Y BOTAS	X		X			
CASCO	X		X			
GAFAS DE SEGURIDAD	X		X			
TAPAOIDOS	X				X	
PROTECTOR RESPIRATORIO NEGRO O CONVENCIONAL	X		X			
PROTECTOR RESPIRATRIO N95		X				N/A
IMPERMEABLE		X				N/A
ARNES Y ESLINGA		X				N/A
GUANTES DE CARNAZA		X				N/A
GUANTES DE SEGURIDAD		X				N/A
GUANTES DE CAUCHO		X				N/A
TRAJE DESECHABLE		X				N/A
GUANTES DE NITRILO	X		X			
CARETA PLASTICA		X				N/A
OTRO:	/	/				
OTRO:						

NOMBRE DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE REALIZA LA INSPECCIÓN	Gustavo Adolfo Pardo.
FIRMA DEL TRABAJADOR	1010205388

6. FT-SST-017 INSPECCION DE EPP21

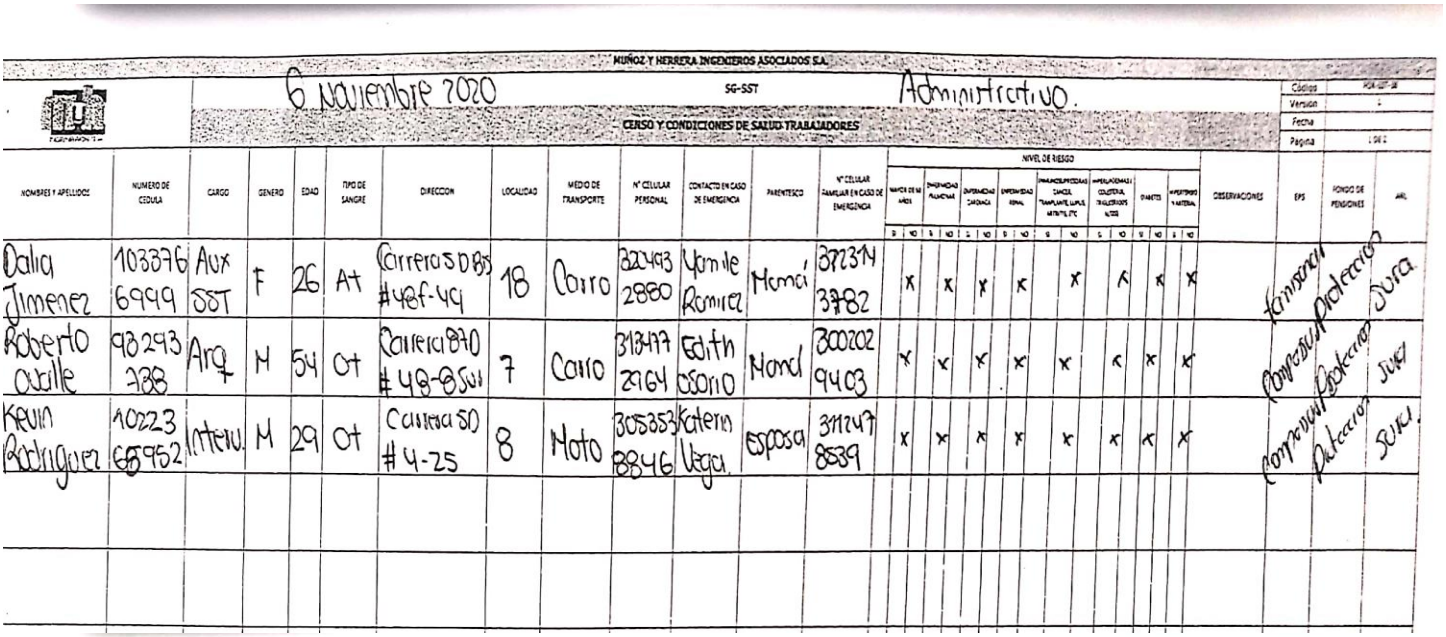
MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIMPIEZA Y DESINFECCION

FECHA INICIO: 3 Noviembre 2020 — FECHA FINAL: 7 Noviembre 2020
PROYECTO: Obra Colegio Juan Evangelista Gomez

AREA	HORA DE DESINFECCION	ELEMENTO A DESINFECTAR	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	SUSTANCIA USADA PARA LA DESINFECCION	OBSERVACIONES	NOMBRE RESPONSABLE DESINFECCION	VERIFICACION BIEN	VERIFICACION MAL	NOMBRE RESPONSABLE VERIFICACION
Entrada	6:55 am	Zapatos	x	x	x	x	x	x	Hipoclorit.		Dalia Jimenez	✓		
Entrada	6:55 am	Manos		x	x	x	x	x	Gel Antibact.		Dalia Jimenez	✓		
Entrada	6:55 am	Ropa		x	x	x	x	x	Alcohol		Dalia Jimenez	✓		
Entrada	6:55 am	Bicicletas	FESTIVO	x	x	x	x	x	Alcohol		Dalia Jimenez	✓		
Entrada	7:00 am	Vehiculos		x	x	x	x	x	Hipoclorit		Dalia Jimenez	✓		
Baños	7:00 am	Epps		x	x	x	x	x	Alcohol		Dalia Jimenez	✓		
Baños	9:00 am	Herramient		x	x	x	x	x	Hipoclorit		Dalia Jimenez	✓		
Baños	9:30 am	Manos		x	x	x	x	x	Jabon liquido		Trabajadores	✓		
Baños	1:00 pm	Manos		x	x	x	x	x	Jabon liquido		Trabajadores	✓		
Salida	4:20 pm	Herramient.		x	x	x	x	x	Hipoclorit		Dalia Jimenez	✓		
Salida	4:30 pm	Puestos T.		x	x	x	x	x	Hipoclorit		Dalia Jimenez	✓		
Salida	4:30 pm	Manos		x	x	x	x	x	Gel Manos		Dalia Jimenez	✓		
Salida	4:30 pm	Ropa		x	x	x	x	x	Alcohol		Dalia Jimenez	✓		
Salida	4:35 pm	Bicicletas		x	x	x	x	x	Alcohol		Dalia Jimenez	✓		

7 . FT-SST-038 CENSO Y CONDICIONES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

ADMINISTRATIVO

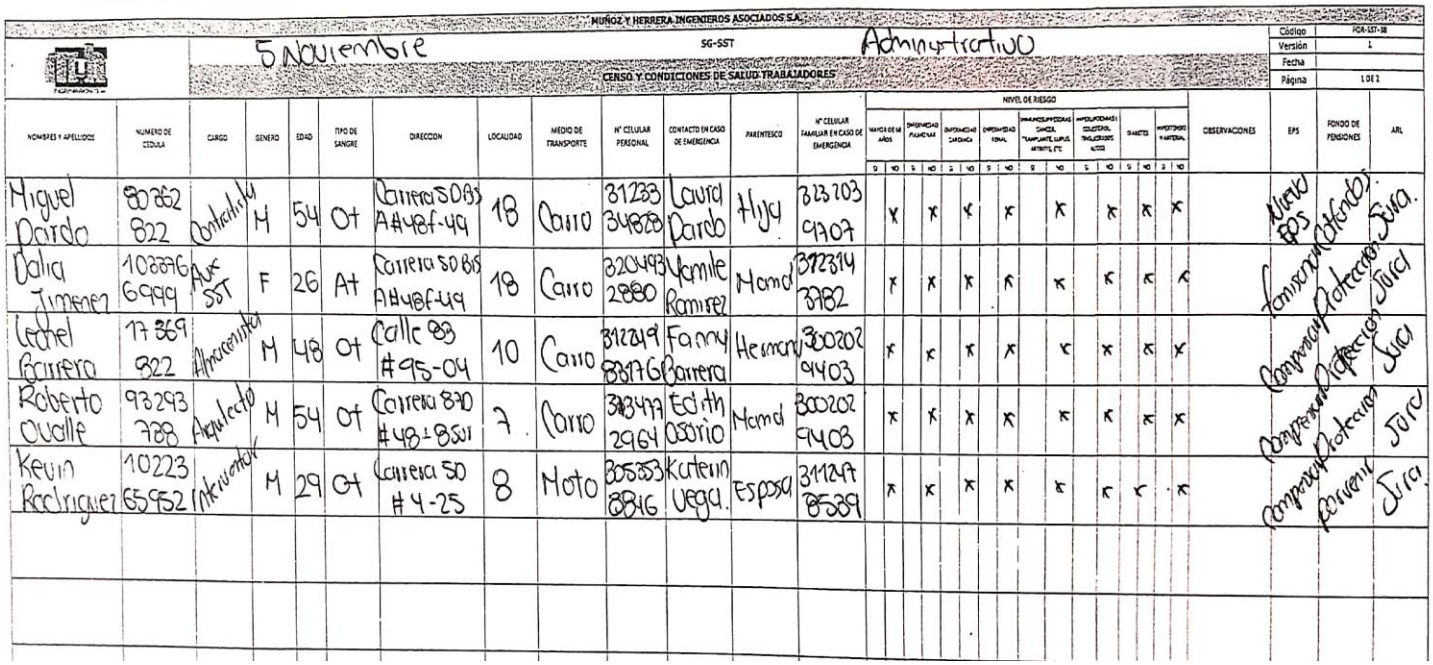


MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

6 Noviembre 2020 — SG-SST — Administrativo.

CENSO Y CONDICIONES DE SALUD TRABAJADORES

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	N° CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	N° CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Dalia Jimenez	103376 6999	Aux SST	F	26	At	Carrera 50 Bis #48f-49	18	Carro	322493 2880	Yomile Ramirez	Mamá	312314 3782			famisanar	Protección	Sura
Roberto Ovalle	93293 788	Arq	M	54	Ot	Carrera 870 #48-85 sur	7	Carro	318477 2964	Edith Osorio	Mamá	300202 9403			Compensar	Protección	Sura
Kevin Rodriguez	10223 65952	Inter.	M	29	Ot	Carrera 50 #4-25	8	Moto	305353 8846	Katerin Vega.	Esposa	311247 8539			Compensar	Protección	Sura.

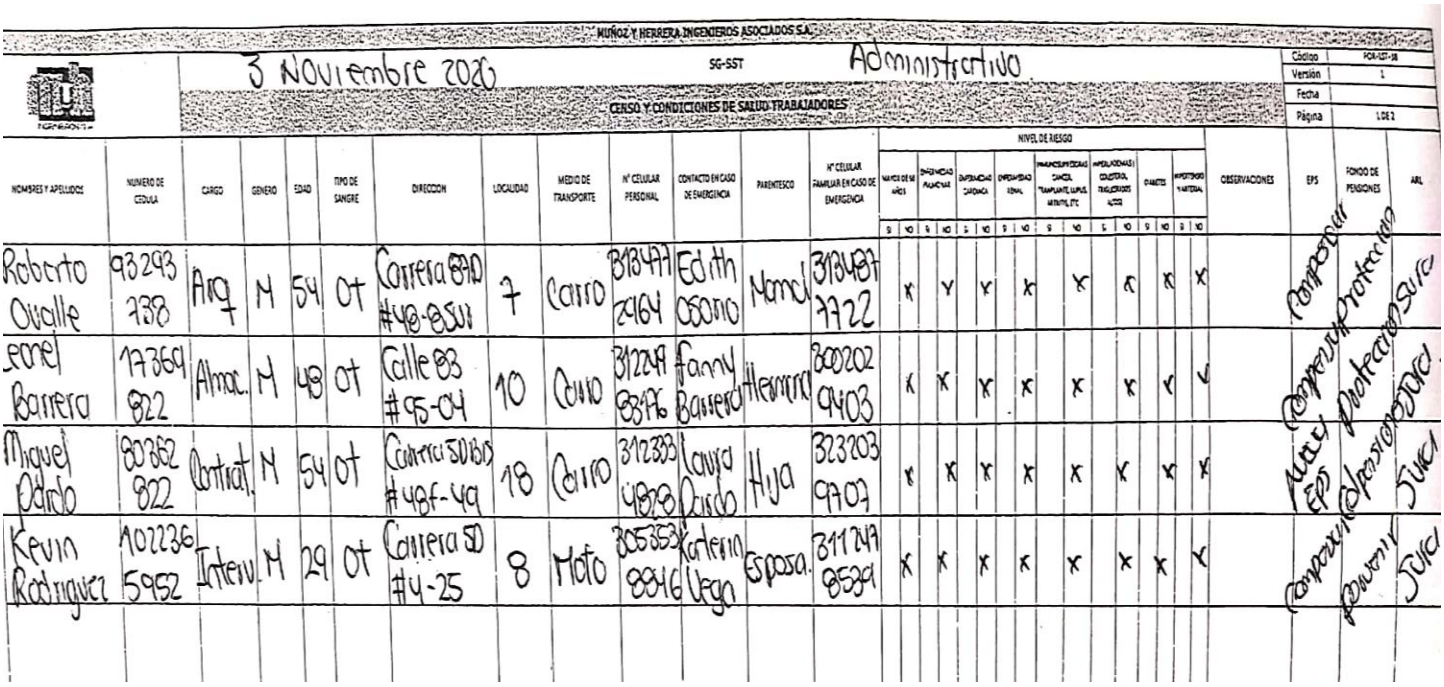


MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

5 Noviembre — SG-SST — Administrativo

CENSO Y CONDICIONES DE SALUD TRABAJADORES

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	N° CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	N° CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Miguel Pardo	80862 822	Contador	M	54	Ot	Carrera 50 Bis A#48f-49	18	Carro	312283 3148	Laura Pardo	Hija	323703 9707			Nuevo EPS	Ofrendo	Sura.
Dalia Jimenez	103376 6999	Aux SST	F	26	At	Carrera 50 Bis A#48f-49	18	Carro	322493 2880	Yomile Ramirez	Mamá	312314 3782			famisanar	Protección	Sura
Lethel Barrera	17 369 822	Administrador	M	48	Ot	Calle 93 #95-04	10	Carro	312249 8876	Fanny Barrera	Hermana	300202 9403			Compensar	Protección	Sura
Roberto Ovalle	93293 788	Arquitecto	M	54	Ot	Carrera 870 #48-85 sur	7	Carro	318477 2964	Edith Osorio	Mamá	300202 9403			Compensar	Protección	Sura
Kevin Rodriguez	10223 65952	Interventor	M	29	Ot	Carrera 50 #4-25	8	Moto	305353 8846	Katerin Vega.	Esposa	311247 8539			Compensar	Protección	Sura.



MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

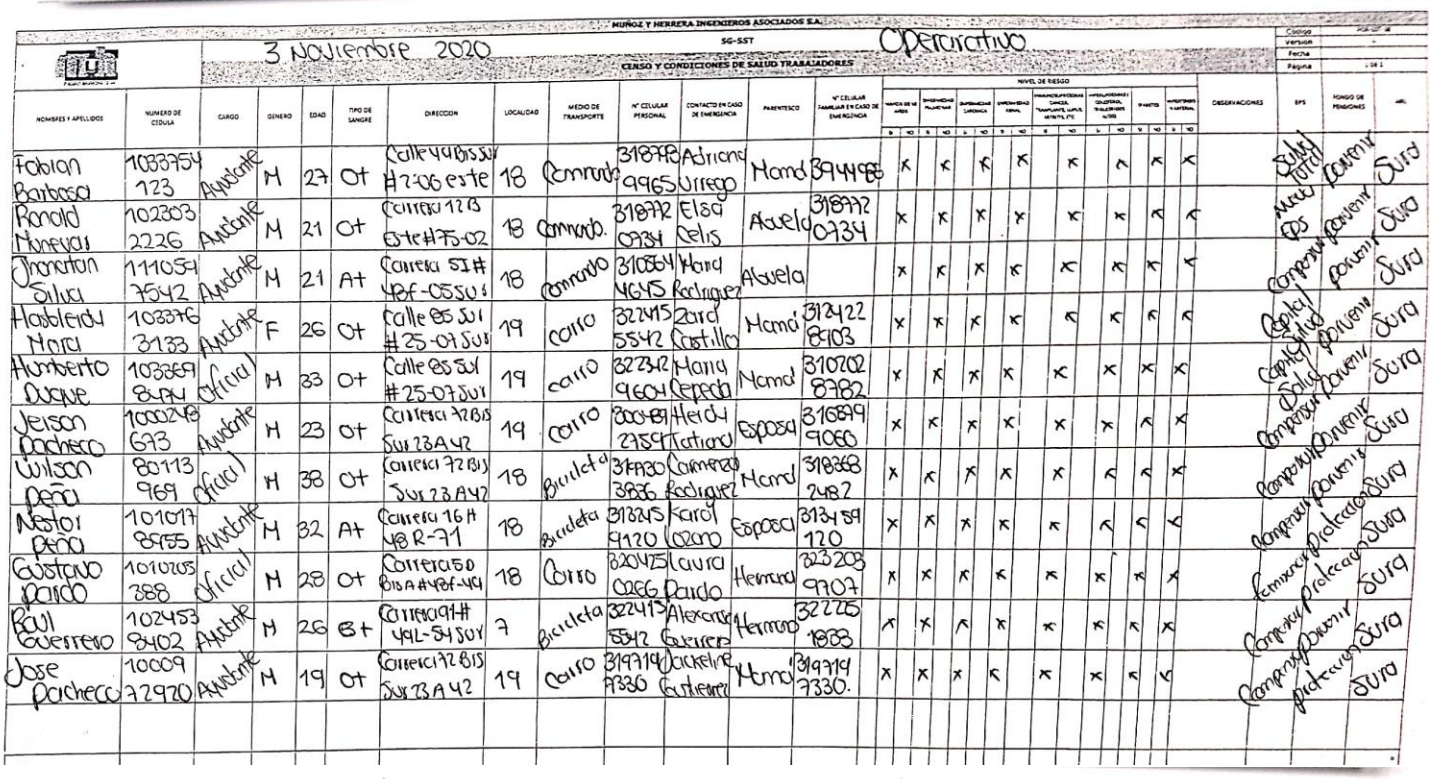
3 Noviembre 2020 — SG-SST — Administrativo

CENSO Y CONDICIONES DE SALUD TRABAJADORES

Código	PRO-SST-18
Version	1
Fecha	
Página	1 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	N° CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	N° CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO: HAVOS DE MAS AÑOS	ENFERMEDAD PULMONAR	ENFERMEDAD CARDIACA	ENFERMEDAD RENAL	TRANSPLANTADOS CANCER, TRANSPLANTE, LUPUS, MIASTENIA, ETC	ENFERMEDADES AUTOINMUNES COLESTEROL, TRIGLICERIDOS, ACIDO	DIABETES	INMUNOSUPRESION Y ARTERIAL	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Roberto Ovalle	93293 738	Arq	M	54	OT	Carrera 89D #48-85U	7	Carro	313477 2464	Edith Osorio	Novia	3134877722	X	X	X	X	X	X	X	X		Compensar	Protección	
Yenel Barrera	17364 822	Almac.	M	48	OT	Calle 83 #95-04	10	Carro	312247 8376	Fanny Barrero	Hermana	3002029403	X	X	X	X	X	X	X	X		Compensar	Protección	
Miguel Pardo	80362 822	Contrat.	M	54	OT	Carrera 50B #48F-49	18	Carro	312333 4828	Laura Pardo	Hija	3232039707	X	X	X	X	X	X	X	X		Allianz EPS	Protección	Sura
Kevin Rodriguez	1022365952	Interv.	M	29	OT	Carrera 5D #4-25	8	Moto	3053538846	Katerin Vega	Esposa	3112478594	X	X	X	X	X	X	X	X		Compensar	Porvenir	Sura

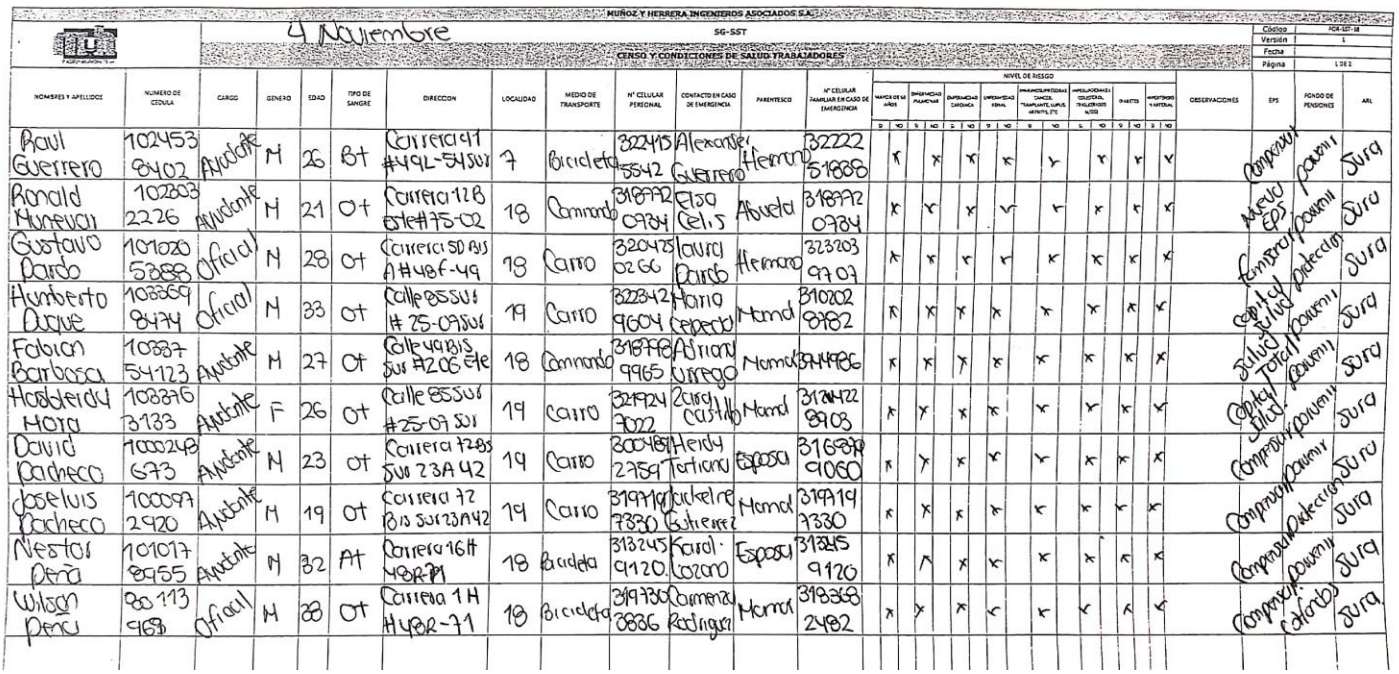
OPERATIVO



MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A. — SG-SST — CENSO Y CONDICIONES DE SALUD TRABAJADORES

3 Noviembre 2020 — Operativo

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	N° CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	N° CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Fabian Barbosa	1083754123	Ayudante	M	27	O+	Calle 44 Bis Sur #7-06 este	18	Camión	3187989965	Adriana Urrego	Mamá	3144986			Sanitas/Total	Porvenir	Sura
Ronald Munevar	1022032226	Ayudante	M	21	O+	Carrera 12B Este #75-02	18	Camión	3187720734	Elsa Celis	Abuela	3187720734			Mundo EPS	Porvenir	Sura
Jhonatan Silva	1110547542	Ayudante	M	21	A+	Carrera 51 # 48F-05 Sur	18	Camión	3108644645	Mario Rodriguez	Abuela				Compensar	Porvenir	Sura
Hasbleidy Mora	1033763133	Ayudante	F	26	O+	Calle 85 Sur #25-07 Sur	19	carro	3224155542	Zaira Castillo	Mamá	3134228103			Capital Salud	Porvenir	Sura
Humberto Duque	1032699434	Oficial	M	33	O+	Calle 85 Sur #25-07 Sur	19	carro	3223429604	Maria Cepeda	Mamá	3107028782			Capital Salud	Porvenir	Sura
Jeison Pacheco	1000248673	Ayudante	M	23	O+	Carrera 72 Bis Sur 23A 42	19	carro	3004812759	Heidy Tatiana	Esposa	3168499060			Compensar	Porvenir	Sura
Wilson Peña	80113969	Oficial	M	38	O+	Carrera 72 Bis Sur 23A 42	18	Bicicleta	3149303886	Carmenza Rodriguez	Mamá	3183682482			Compensar	Porvenir	Sura
Nestor Peña	1010178955	Ayudante	M	32	A+	Carrera 16 H 48 R-71	18	Bicicleta	3182459120	Karol Lozano	Esposa	3134591120			Compensar	Porvenir	Sura
Gustavo Pardo	1010203388	Oficial	M	28	O+	Carrera 5B Bis A #48F-49	18	Carro	3204750266	Laura Pardo	Hermana	3232039707			Compensar	Protección	Sura
Raul Guerrero	1024538402	Ayudante	M	26	B+	Carrera 9 # 49L-54 Sur	7	Bicicleta	3224155542	Alexander Guerrero	Hermano	3222251883			Compensar	Porvenir	Sura
Jose Pacheco	1000972920	Ayudante	M	19	O+	Carrera 72 Bis Sur 23A 42	19	carro	3197147330	Jackeline Gutierrez	Mamá	3197147330			Compensar	Protección	Sura



MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A. — SG-SST — CENSO Y CONDICIONES DE SALUD TRABAJADORES

4 Noviembre

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	N° CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	N° CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Raul Guerrero	1024538402	Ayudante	M	26	B+	Carrera 9 #49L-54 Sur	7	Bicicleta	3224155542	Alexander Guerrero	Hermano	3222251883			Compensar	Porvenir	Sura
Ronald Munevar	1022032226	Ayudante	M	21	O+	Carrera 12B Este #75-02	18	Camión	3187720734	Elsa Celis	Abuela	3187720734			Mundo EPS	Porvenir	Sura
Gustavo Pardo	1010203388	Oficial	M	28	O+	Carrera 5B Bis A #48F-49	18	Carro	3204750266	Laura Pardo	Hermano	3232039707			Compensar	Protección	Sura
Humberto Duque	1032699434	Oficial	M	33	O+	Calle 85 Sur #25-07 Sur	19	Carro	3223429604	Maria Cepeda	Mamá	3107028782			Capital Salud	Porvenir	Sura
Fabian Barbosa	1083754123	Ayudante	M	27	O+	Calle 44 Bis Sur #7-06 Este	18	Camión	3187989965	Adriana Urrego	Mamá	3144986			Sanitas/Total	Porvenir	Sura
Hasbleidy Mora	1033763133	Ayudante	F	26	O+	Calle 85 Sur #25-07 Sur	19	carro	3224155542	Zaira Castillo	Mamá	3134228103			Capital Salud	Porvenir	Sura
David Pacheco	1000248673	Ayudante	M	23	O+	Carrera 72 Bis Sur 23A 42	19	Carro	3004812759	Heidy Tatiana	Esposa	3168499060			Compensar	Porvenir	Sura
Joseluis Pacheco	1000972920	Ayudante	M	19	O+	Carrera 72 Bis Sur 23A 42	19	Carro	3197147330	Jackeline Gutierrez	Mamá	3197147330			Compensar	Protección	Sura
Nestor Peña	1010178955	Ayudante	M	32	A+	Carrera 16 H 48 R-71	18	Bicicleta	3182459120	Karol Lozano	Esposa	3134591120			Compensar	Porvenir	Sura
Wilson Peña	80113969	Oficial	M	38	O+	Carrera 1 H 48 R-71	18	Bicicleta	3149303886	Carmenza Rodriguez	Mamá	3183682482			Compensar (Colfondos)	Porvenir	Sura

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

SG-SST

CENSO Y CONDICIONES DE SALUD TRABAJADORES

5 Noviembre 2020 — Operativo

Código	PRO-SST-18
Versión	1
Fecha	
Página	1 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	N° CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	N° CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO: HAS (9 / NO); ENFERMEDAD PULMONAR (9 / NO); ENFERMEDAD CARDIACA (9 / NO); ENFERMEDAD RENAL (9 / NO); ENFERMEDADES CANCER, TRANSPLANTE, LUPUS, ARTRITIS, ETC (9 / NO); ENFERMEDADES E INMUNOSUPRESION ALTOS (9 / NO); DIABETES (9 / NO); HIPERTENSO Y ARTERIAL (9 / NO)	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Reynaldo Corzo	79978317	Ayudante	M	39	O+	TV 58 # 50C 17 SUR	18	Bicicleta	3113655234	Nury Gutierrez	Esposa	3123616363	X X X X X X X X X X		Famisanar	Sura
Nelson Fuentes	1023872591	Ayudante	M	33	O+	Dg 48I Bis # 3-07 Sur	18	Bicicleta	3217402623	Alexander Alvarez	Esposo	3214349878	X X X X X X X X X X		Capital Salud	Sura
Wilson Peña	80113969	Oficial	M	38	O+	Carrera 7H # 48R-71	18	Bicicleta	3197803836	Carmen Rodriguez	Mamá	3183682482	X X X X X X X X X X		Compensar	Colfondos	Sura
Diego Linares	1023914484	Ayudante	M	28	O+	Calle 48P Sur # 04-18 int 2	18	Bicicleta	3125645772	Alvaro Linares	Papá	3125645772	X X X X X X X X X X		Compensar	Porvenir	Sura
Gustavo Pardo	1010205388	Oficial	M	28	O+	Carrera 5D Bis A # 48F-49	18	Carro	3204502266	Laura Pardo	Hermana	3232039707	X X X X X X X X X X		Famisanar	Protección	Sura
Humberto Duque	1023698474	Oficial	M	33	O+	Calle 85 Sur # 25-07 Sur	19	Carro	3223429604	Maria Cepeda	Mamá	3102028982	X X X X X X X X X X		Capital Salud	Porvenir	Sura
Hasbleidy Nora	1083763133	Ayudante	F	26	O+	Calle 85 Sur # 25-07 Sur	19	Carro	3219249022	Zaira Castillo	Mamá	3124778903	X X X X X X X X X X		Capital Salud	Porvenir	Sura
Raul Guerrero	1024538402	Ayudante	M	26	B+	Carrera 9 # 49 L-54 Sur	7	Bicicleta	3224555542	Alexander Guerrero	Hermano	3222251888	X X X X X X X X X X		Compensar	Porvenir	Sura
Ronald Munevar	1023032226	Ayudante	M	21	O+	Carrera 12B Bis # 75-02	18	Caminando	3187720784	Elsa Celis	Abuela	3187720784	X X X X X X X X X X		Nueva EPS	Porvenir	Sura
Fabian Forero Bosa	1088754123	Ayudante	M	27	O+	Calle 48 Bis Sur # 2-Oeste	18	Caminando	3187689465	Adriana Urrego	Mamá	3144986	X X X X X X X X X X		Salud Total	Porvenir	Sura

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

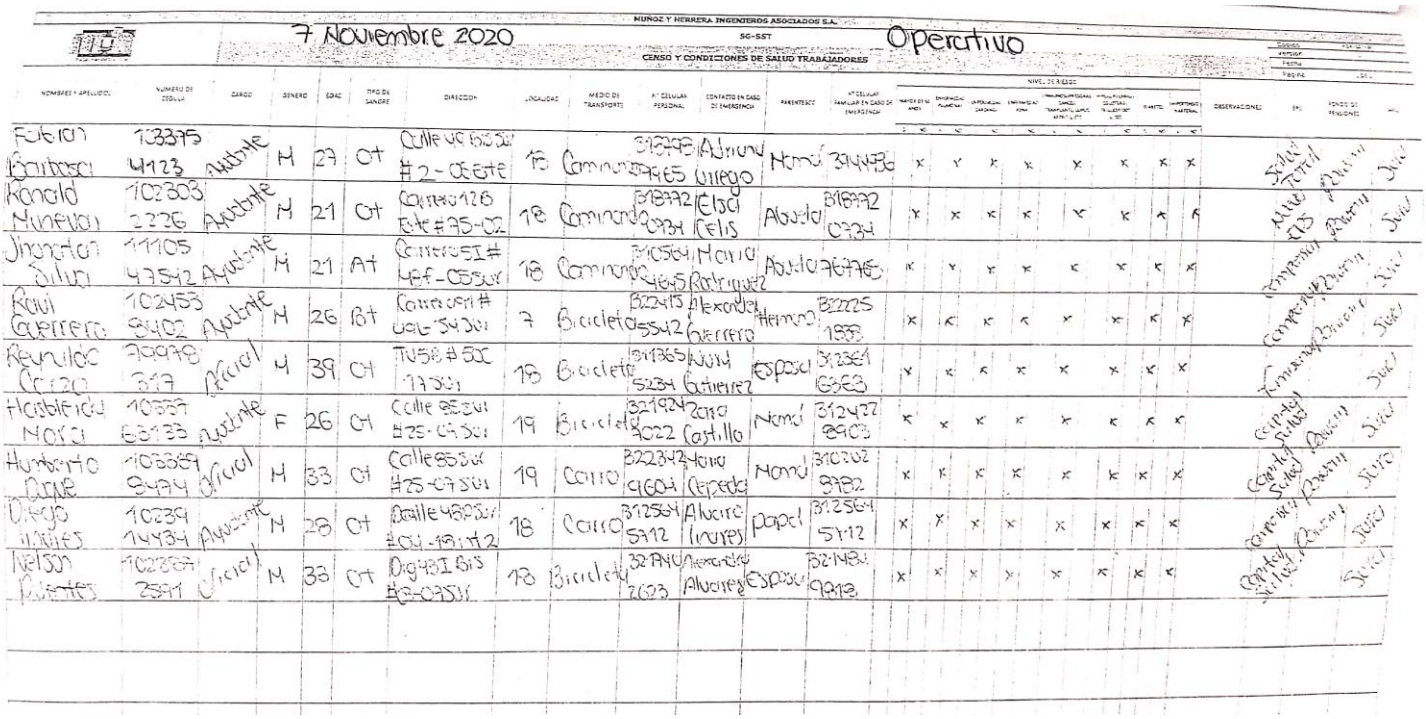
SG-SST

CENSO Y CONDICIONES DE SALUD TRABAJADORES

6 Noviembre 2020 — Operativo

Código	PRO-SST-18
Versión	1
Fecha	
Página	1 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	N° CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	N° CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO: HAS (9 / NO); ENFERMEDAD PULMONAR (9 / NO); ENFERMEDAD CARDIACA (9 / NO); ENFERMEDAD RENAL (9 / NO); ENFERMEDADES CANCER, TRANSPLANTE, LUPUS, ARTRITIS, ETC (9 / NO); ENFERMEDADES E INMUNOSUPRESION ALTOS (9 / NO); DIABETES (9 / NO); HIPERTENSO Y ARTERIAL (9 / NO)	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Fabian Forero Bosa	1088754123	Ayudante	M	27	O+	Calle 48 Bis Sur # 2-Oeste	18	Caminando	3187689465	Adriana Urrego	Mamá	3144986	X X X X X X X X X X		Salud Total	Porvenir	Sura
Ronald Munevar	1023032226	Ayudante	M	21	O+	Carrera 12B Este # 75-02	18	Caminando	3187720784	Elsa Celis	Abuela	3187720784	X X X X X X X X X X		Nueva EPS	Porvenir	Sura
Jhonatan Silva	1110547542	Ayudante	M	21	A+	Carrera 5I # 48F-05 Sur	18	Caminando	3105645685	Maria Rodriguez	Abuela	3167485	X X X X X X X X X X		Compensar	Porvenir	Sura
Raul Guerrero	1024538402	Ayudante	M	26	B+	Carrera 9 # 49 L-54 Sur	7	Bicicleta	3224555542	Alexander Guerrero	Hermano	3222251888	X X X X X X X X X X		Compensar	Porvenir	Sura
Reynaldo Corzo	79978317	Oficial	M	39	O+	TV 58 # 50C 17 SUR	18	Bicicleta	3113655234	Nury Gutierrez	Esposa	3123616363	X X X X X X X X X X		Famisanar		Sura
Hasbleidy Nora	1083763133	Ayudante	F	26	O+	Calle 85 Sur # 25-07 Sur	19	Bicicleta	3219249022	Zaira Castillo	Mamá	3124778903	X X X X X X X X X X		Capital Salud	Porvenir	Sura
Humberto Duque	1023698474	Oficial	M	33	O+	Calle 85 Sur # 25-07 Sur	19	Carro	3223429604	Maria Cepeda	Mamá	3102028982	X X X X X X X X X X		Capital Salud	Porvenir	Sura
Diego Linares	1023914484	Ayudante	M	28	O+	Calle 48P Sur # 04-18 int 2	18	Carro	3125645772	Alvaro Linares	papá	3125645772	X X X X X X X X X X		Compensar	Porvenir	Sura
Nelson Fuentes	1023872591	Oficial	M	33	O+	Dg 48I Bis # 3-07 Sur	18	Bicicleta	3217402623	Alexander Alvarez	Esposo	3214349878	X X X X X X X X X X		Capital Salud		Sura


7 Noviembre 2020
MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.
SG-SST
CENSO Y CONDICIONES DE SALUD TRABAJADORES
Operativo

6. FT-SST-003 CONTROL DE ASISTENCIA y MTZ-SST-006 MATRIZ DE CAPACITACIONES.

	FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Código: SGI-012
		Versión: 0.2
		Vigencia: 05/10/17

TEMA: Bioseguridad

CONTENIDO PROGRAMÁTICO: lavado de manos - Desinfección al ingresar y al salir de la obra

OBJETIVOS: Dar cumplimiento al componente del SST

FECHA 7/11/20 HORA 8:00 am INTENSIDAD 15 minutos

NOMBRE	DOCUMENTO	FIRMA
Fabian Danilo Barbosa Urrego	1033754123	Fabian B.
Jose luis Pacheco	1006972970	Jose Pacheco
Humberto Duque cepeda	1033698424	Humberto Duque
Hasbleidy Nora Castillo	1033763139	
Ronald Muñoz Sanchez	1023032220	
Jerson David Pacheco	1000248673	Jerson Pacheco
Raul Eduardo Guerrero	1024539407	
Jhonatan Estiven Silva	1.110-597542	

	FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Código: SGI-012
		Versión: 0.2
		Vigencia: 05/10/17

TEMA: Riesgo quimico fisico, Quimico, Biologico

CONTENIDO PROGRAMÁTICO:

OBJETIVOS: Dar complimiento al componente de SST 7/11/20.

FECHA 7/11/20 **HORA** 8:00 **INTENSIDAD** 15 MTS

NOMBRE	DOCUMENTO	FIRMA
Raul Eduardo Guerrero	1024 538402	
Ronard Minevich Sanches	1073032726	
Jhonatan Estiven Silva	1.110-597-542	
David Pacheco Gutierrez	1000248673	Deison Pacheco
Jose Luis Pacheco Gutierrez	1000972920	Jose Pacheco
Fabian Barbosa Arrego	1033754 123	Fabian B.
Hasbleydy Mora	1033763133	
Humberto Duque.	7023 648 974	Humberto D.Q.E

7. REGISTRO FOTOGRAFICO

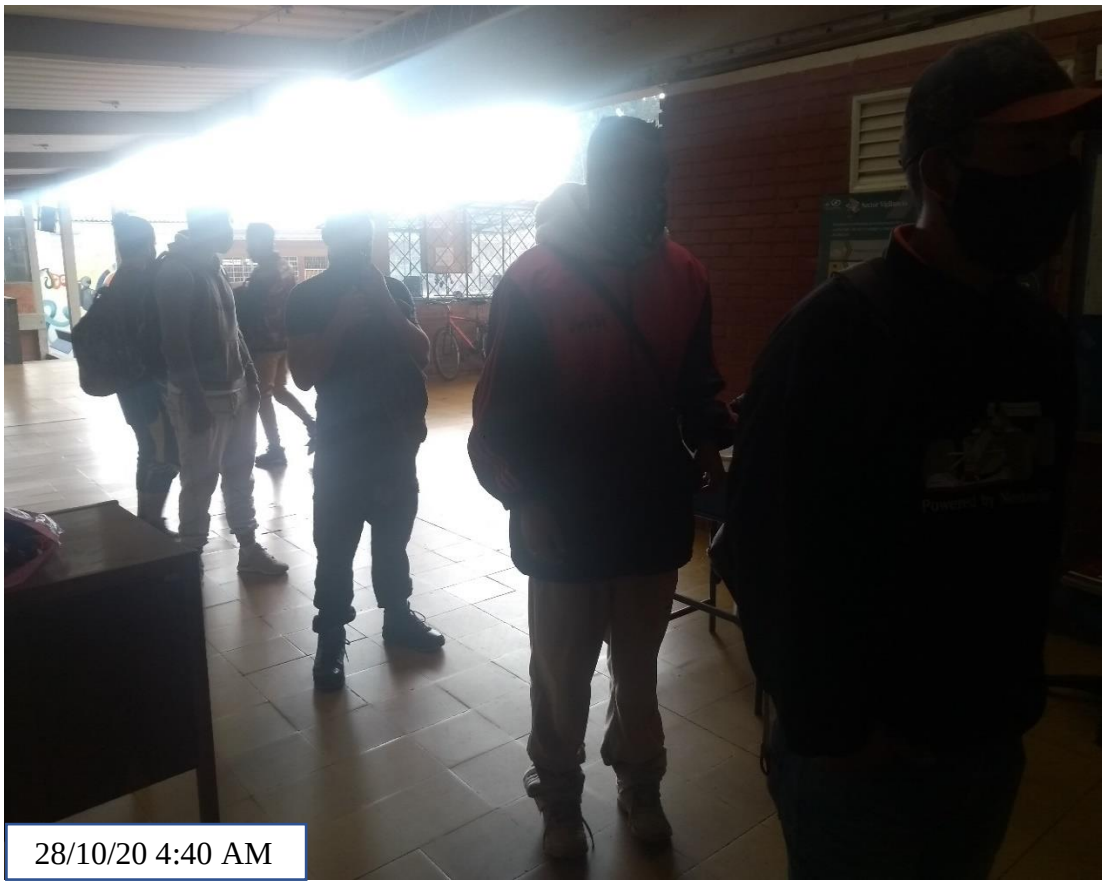
✓ Toma de temperatura



Lavado de manos



Aislamiento social



✓ Limpieza y desinfección

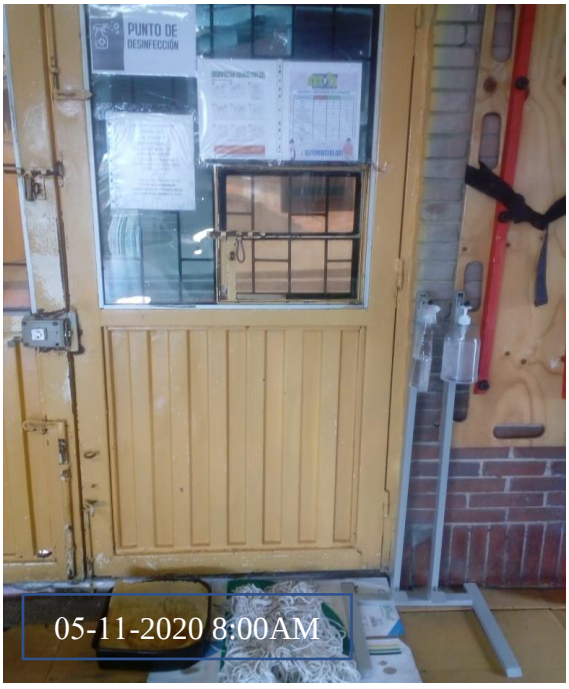
Desinfección de Manos



Desinfección de manos



✓ Punto de desinfección



✓ Punto ecológico



✓ Almacenamiento de insumos para limpieza y desinfección, hojas de seguridad y etiquetas de los productos.





✓ Afiches y/o carteleras



✓ Orden y aseo en el campamento



Punto de Botiquín



Punto de Desechos peligros



Punto de Sustancias Quimicas



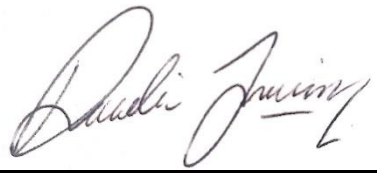
Punto de Hidratacion



	INFORMES SEMANALES Y/O MENSUALES IMPLEMENTACIÓN PROTOCOLO BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	PRO-SST-18
		VERSIÓN	1
		FECHA	21/11/2020

Registro de Cambios al Documento			
Versión	**Fecha**	**Descripción del cambio**	**Autor**
1.0	03/06/2020	Versión de Lanzamiento	Dinámika Consultoría

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombre: Dinámika Consultoría	Nombre: Martha Alvis	Nombre: Ricardo Herrera
Cargo: Asesor SGSST	Cargo: Responsable SG-SST	Cargo: Representante Legal
Fecha: 24/06/2020	Fecha: 24/06/2020	Fecha: 21/11/2020

Nombres Responsables SST en obra	Cedula	Cargo:	Firma
Responsable Implementación Protocolo Bioseguridad		Residente de obra	
Dalia Briggitte Jimenez	1033766999	Inspectora SGSST	

Contenido

1. OBJETIVO 3
2. FT- SST- 039 ENCUESTA PRE-INGRESO 4
3. FT- SST- 037 CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID-19 5
4. FT-SST-040 LIMPIEZA Y DESINFECCION ..... **¡Error! Marcador no definido.**
5. FT-SST-016 ENTREGA DE EPP 10
6. FT-SST-017 INSPECCION DE EPP ..... **¡Error! Marcador no definido.**
7. FT-SST-018 CENSO Y CONDICIONES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES 20
8. FT-SST-003 CONTROL DE ASISTENCIA y MTZ-SST-006 MATRIZ DE CAPACITACIONES. 25
9. REGISTRO FOTOGRAFICO 27

1. OBJETIVO

Llevar acabo la trazabilidad de la implementación del protocolo de bioseguridad para de igual forma cumplir con la calidad del mismo y prevenir cualquier contagio dentro de las obras.

2. FT- SST- 039 ENCUESTA PRE-INGRESO

ENCUESTA DE PRE-INGRESO

Versión: 1.0
Codigo: FOR-SST-039
Fecha: 28-04-2020

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la poblacion posterior al periodo de cuarentena y dar seguridad de su adecuada incorporacion laboral, se ha desarrollado este formato como un metodo de prevencion donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecendente que lo clasifique como poblacion vulnerable para el COVID-19 adicional de su estado de salud durante la cuarentena

NOMBRE DE LA EMPRESA	Gicon Ingenieros	NIT	900729970-1	FECHA DE APLICACIÓN	14 Noviembre 2020		
CUIDAD	Popayán	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA	Deiki Jimenez B	CC	1033766999		
NOMBRE DEL TRABAJADOR	ORION PRADO	CEDULA	7151652	EDAD	59	GENERO	M
FECHA DE NACIMIENTO	9 Nov 1963	NACIONALIDAD	Colombiano	DIRECCION DE DOMICILIO	Usominic		
TALLA (estatura)	1.70	PESO	78	IMC	/	INTERPRETACION	/
EPS	Nueva EPS						

ANTECEDENTES DE SALUD: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

NO	ASMA	NO	INMUNOSUPRESION	NO	ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS
NO	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (EPOC)	NO	HIPERTENSION ARTERIAL	NO	EMBARAZO
NO	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	NO	CANCER	NO	TABAQUISMO
NO	DIABETES	NO	OBESIDAD	NO	ALCOHOLISMO
NO	ENFERMEDAD RENAL CRONICA	NO	DESNUTRICION	NO	ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual: Ninguno

¿Está tomando algún medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cuál: Ninguno.

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO Y VALORACION : Ha presentado alguno de los siguientes sintomas en los ultimos 15 dias , Marque con una X si la respuesta es afirmativa

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACION: Valor 33.4 — Se considera como un estado febril (37.1- 37.9) SI ___ NO ___ o Fiebre (38 en adelante) SI ___ NO ___

NO	TOS	NO	NAUSEAS	NO	DIARREA		
NO	DIFICULTAD RESPIRATORIA	NO	VOMITO	NO	DOLOR ABDOMINAL		
NO	TAQUIPNEA	NO	DOLOR EN EL PECHO	NO	DOLOR DE CABEZA		
NO	DOLOR DE GARGANTA	NO	MALESTAR GENERAL	NO	OTROS		
NO	ESCALOFRIOS	NO	CANSANCIO MUSCULAR		CUAL?		

SEGUIMIENTO DEL MEDIO EN EL QUE SE ENCUENTRA EN TRABAJADOR

SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1 ¿Durante el periodo de cuarentena le diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?		X		
2 ¿ En el ultimo mes ha asistido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?		X		
3 ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 dias sintomas asociados al COVID 19?		X		
4 ¿Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que halla sido diagnosticada con COVID 19?		X		
5 ¿ Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes ?		X		
6 ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?	X			
8 ¿ Ha viajado en el ultimo mes?		X		
9 ¿Se considera poblacion vulnerable? NO				

Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones nacionales): Segun informacion suministrada por el trabajador se encuentra apto para iniciar Actividades

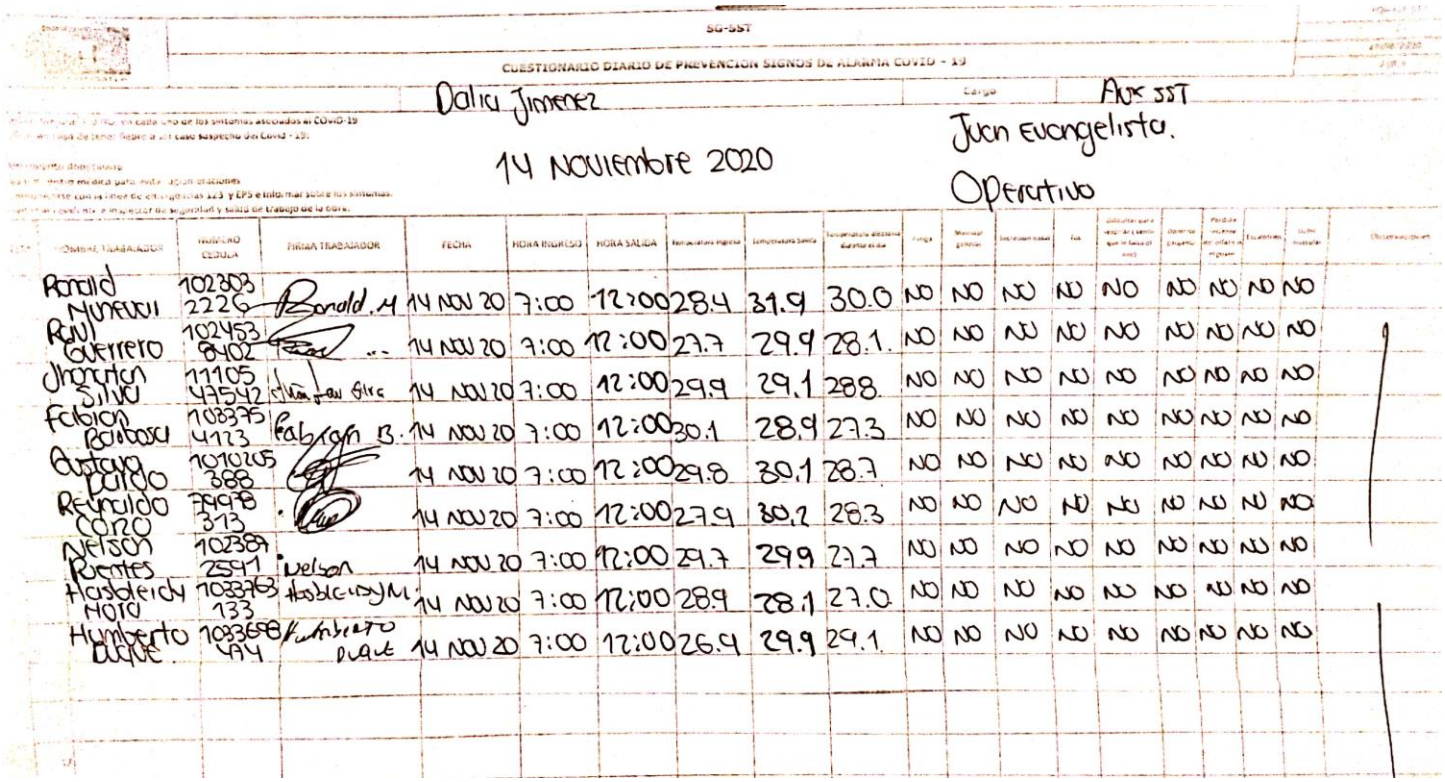
COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE PREVENCION	ACCIONES
EN LA EMPRESA	La empresa se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo como pasillos de trabajo, teclados, telefonos, barandillas y manijas de puertas. Disponer de pañuelos desechables y cubos de desecho sin contacto. Proporcionar agua y jabon en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos. Garantizar que los suministros adecuados esten siempre disponibles. Realizar la valoracion pre-operacional y el seguimiento a todos los trabajadores o visitantes que ingresen a las areas.
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado , dar repuesta a los seguimientos sin ocultar informacion y dando datos certeros, realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón, Usar Elementos de Protección Personal – EPP como mascarilla (tapabocas convencional) y guantes desechables. Para la protección de los ojos, se sugiere el uso de gafas y evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo contacto con manos o guantes. Realizar o solicitar la desinfectacion de superficies de trabajo iniciando con un paño limpio y húmedo mediante el cual se realice la remocion de polvo y suciedad posteriormente se recomienda aplicar un desinfectante o alcohol al 70%. Este proceso debe realizarse como mínimo al iniciar y al finalizar cada actividad

FIRMA DEL TRABAJADOR
Nombre: Orion Prado
Cedula: 7151652.

FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA
Nombre: Deiki Jimenez
Cedula: 1033766999

3. FT- SST- 037 CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID-19.



SG-SST

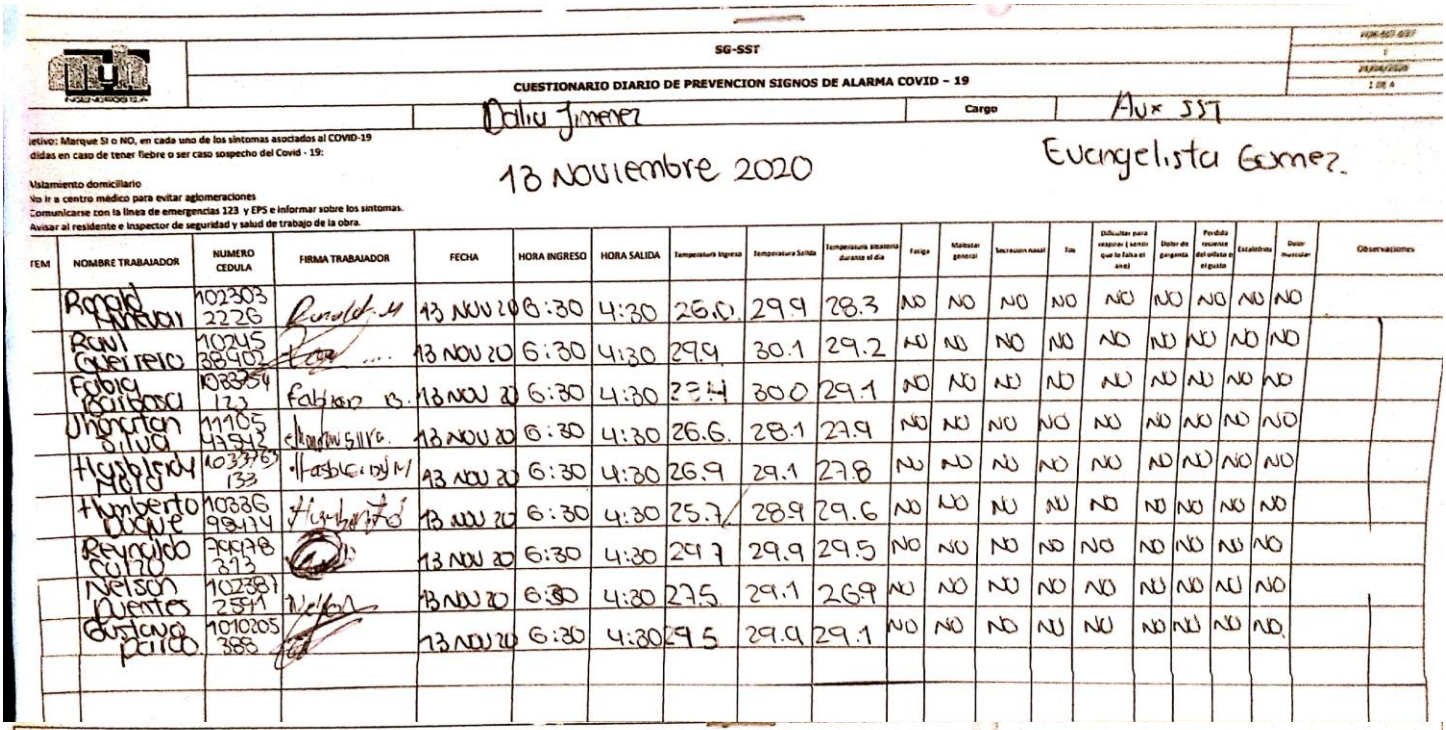
CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID - 19

Dalia Jimenez — Cargo: Aux SST

14 Noviembre 2020 — Juan Evangelista.

Operativo

NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA											
Ronald Nuñez	102303 2226	Ronald. N	14 NOV 20	7:00	12:00	28.4	31.9	30.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Raul Guerrero	102453 8402		14 NOV 20	7:00	12:00	27.7	29.9	28.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Jhonatan Silva	11105 475442		14 NOV 20	7:00	12:00	29.9	29.1	28.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Fabian Bolaños	108375 4173	Fabian B.	14 NOV 20	7:00	12:00	30.1	28.9	27.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Gustavo Bolaños	1010205 388		14 NOV 20	7:00	12:00	29.8	30.1	28.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Reynaldo Coro	79978 313		14 NOV 20	7:00	12:00	27.9	30.2	28.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Nelson Rentes	102389 2591	Nelson	14 NOV 20	7:00	12:00	29.7	29.9	27.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Hasbleidy Hoyo	1033763 133	Hasbleidy M.	14 NOV 20	7:00	12:00	28.9	28.1	27.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Humberto Duque	1033688 494	Humberto Duque	14 NOV 20	7:00	12:00	26.9	29.9	29.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO



SG-SST

CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID – 19

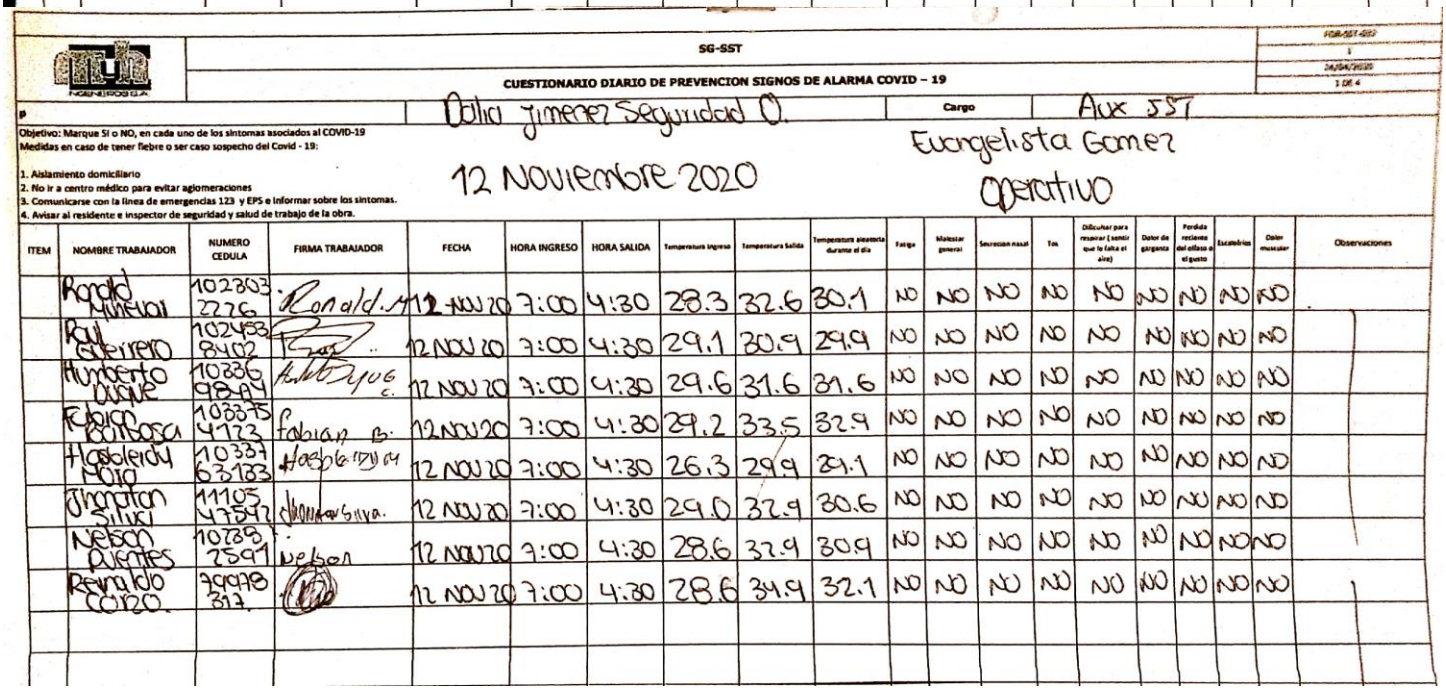
Cargo: Aux SST

Objetivo: Marque SI o NO, en cada uno de los síntomas asociados al COVID-19
Medidas en caso de tener fiebre o ser caso sospecho del Covid - 19:

Aislamiento domiciliario
No ir a centro médico para evitar aglomeraciones
Comunicarse con la línea de emergencias 123 y EPS e informar sobre los síntomas.
Avisar al residente e inspector de seguridad y salud de trabajo de la obra.

Delia Jimenez — 13 Noviembre 2020 — Evangelista Gomez

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	Temperatura Ingreso	Temperatura Salida	Temperatura presentada durante el día	Fatiga	Malestar general	Secreccion nasal	Tos	Dificultad para respirar (siento que la falta el aire)	Dolor de garganta	Perdida reciente del olfato o el gusto	Escalofrios	Dolor muscular	Observaciones
	Ronald Martinez	102303 2226		13 NOV 20	6:30	4:30	26.0	29.9	28.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Raul Guerrero	10245 38402		13 NOV 20	6:30	4:30	29.9	30.1	29.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Fabio Balbosa	108354 123		13 NOV 20	6:30	4:30	29.4	30.0	29.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Humberto Silva	11105 47542		13 NOV 20	6:30	4:30	26.6	28.1	27.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Hasbleidy Mora	103376 133		13 NOV 20	6:30	4:30	26.9	29.1	27.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Humberto Duque	10336 98414		13 NOV 20	6:30	4:30	25.7	28.9	29.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Reynaldo Cuzco	79978 313		13 NOV 20	6:30	4:30	29.7	29.9	29.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Nelson Fuentes	102381 2591		13 NOV 20	6:30	4:30	27.5	29.1	26.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Gustavo Perico	1010205 388		13 NOV 20	6:30	4:30	29.5	29.9	29.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	



SG-SST

CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID – 19

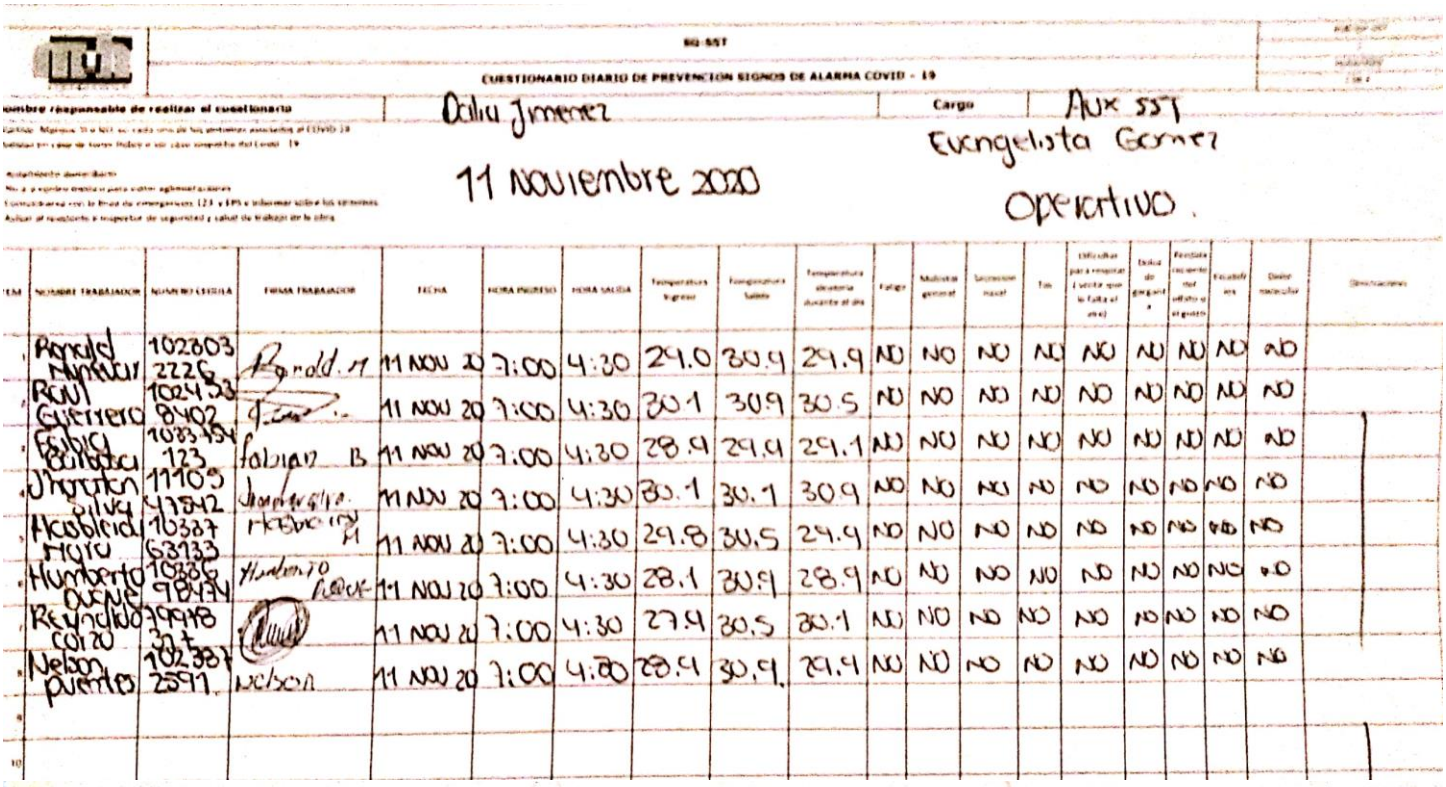
Cargo: Aux SST

Objetivo: Marque SI o NO, en cada uno de los síntomas asociados al COVID-19
Medidas en caso de tener fiebre o ser caso sospecho del Covid - 19:

1. Aislamiento domiciliario
2. No ir a centro médico para evitar aglomeraciones
3. Comunicarse con la línea de emergencias 123 y EPS e informar sobre los síntomas.
4. Avisar al residente e inspector de seguridad y salud de trabajo de la obra.

Delia Jimenez Seguridad O. — 12 Noviembre 2020 — Evangelista Gomez Operativo

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	Temperatura Ingreso	Temperatura Salida	Temperatura presentada durante el día	Fatiga	Malestar general	Secreccion nasal	Tos	Dificultad para respirar (siento que la falta el aire)	Dolor de garganta	Perdida reciente del olfato o el gusto	Escalofrios	Dolor muscular	Observaciones
	Ronald Martinez	102303 2226		12 NOV 20	7:00	4:30	28.3	32.6	30.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Raul Guerrero	102453 8402		12 NOV 20	7:00	4:30	29.1	30.9	29.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Humberto Duque	10336 98414		12 NOV 20	7:00	4:30	29.6	31.6	31.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Fabio Balbosa	108375 4123		12 NOV 20	7:00	4:30	29.2	33.5	32.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Hasbleidy Mora	10337 63133		12 NOV 20	7:00	4:30	26.3	29.9	29.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Humberto Silva	11105 47542		12 NOV 20	7:00	4:30	29.0	32.9	30.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Nelson Fuentes	10289 2597		12 NOV 20	7:00	4:30	28.6	32.9	30.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Reynaldo Cuzco	79978 317		12 NOV 20	7:00	4:30	28.6	34.9	32.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	



SG-SST

CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID - 19

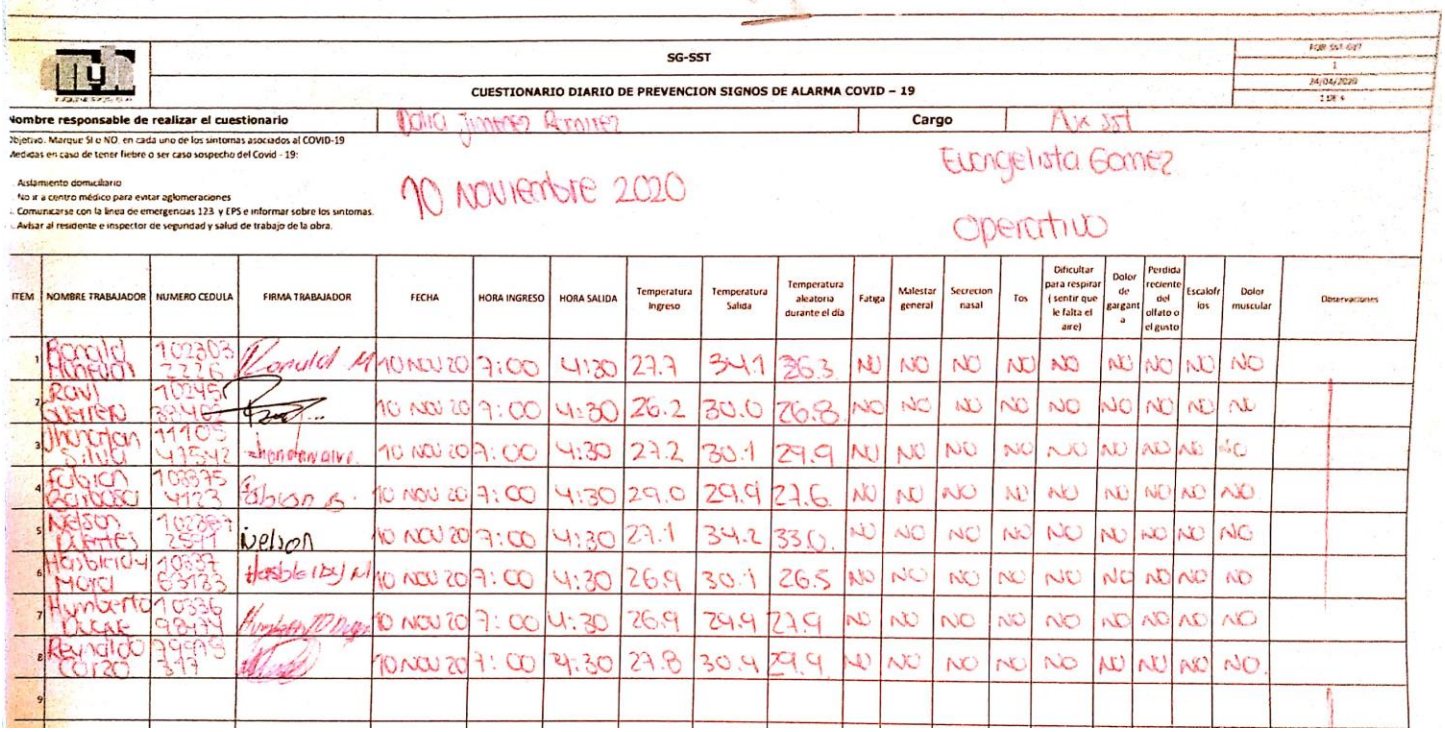
Nombre responsable de realizar el cuestionario: Odiu Jimenez | Cargo: Aux SST

11 Noviembre 2020

Evangelista Gomez

Operativo.

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	Temperatura Ingreso	Temperatura Salida	Temperatura aleatoria durante el dia	Fatiga	Malestar general	Secrecion nasal	Tos	Dificultar para respirar (sentir que le falta el aire)	Dolor de garganta	Perdida reciente del olfato o el gusto	Escalofrios	Dolor muscular	Observaciones
1	Arnold Martinez	102803 2226	Arnold M	11 NOV 20	7:00	4:30	29.0	30.9	29.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2	Raul Guerrero	1024.53 8402		11 NOV 20	7:00	4:30	30.1	30.9	30.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3	Fabian Bautista	1083 154 123	fabian B	11 NOV 20	7:00	4:30	28.9	29.9	29.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
4	Jhonatan Silva	11105 47842		11 NOV 20	7:00	4:30	30.1	30.1	30.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5	Abdiel Mayo	10337 63133		11 NOV 20	7:00	4:30	29.8	30.5	29.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6	Humberto Ochoa	10336 98474		11 NOV 20	7:00	4:30	28.1	30.9	28.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
7	Reynaldo Coiro	79918 317		11 NOV 20	7:00	4:30	27.9	30.5	30.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
8	Nelson Puentes	1022897 2597	Nelson	11 NOV 20	7:00	4:30	28.9	30.9	29.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9																			
10																			



SG-SST

CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID – 19

Nombre responsable de realizar el cuestionario: Odiu Jimenez Arrieta | Cargo: Aux SST

Objetivo. Marque SI o NO en cada uno de los sintomas asociados al COVID-19

Medidas en caso de tener fiebre o ser caso sospecho del Covid - 19:

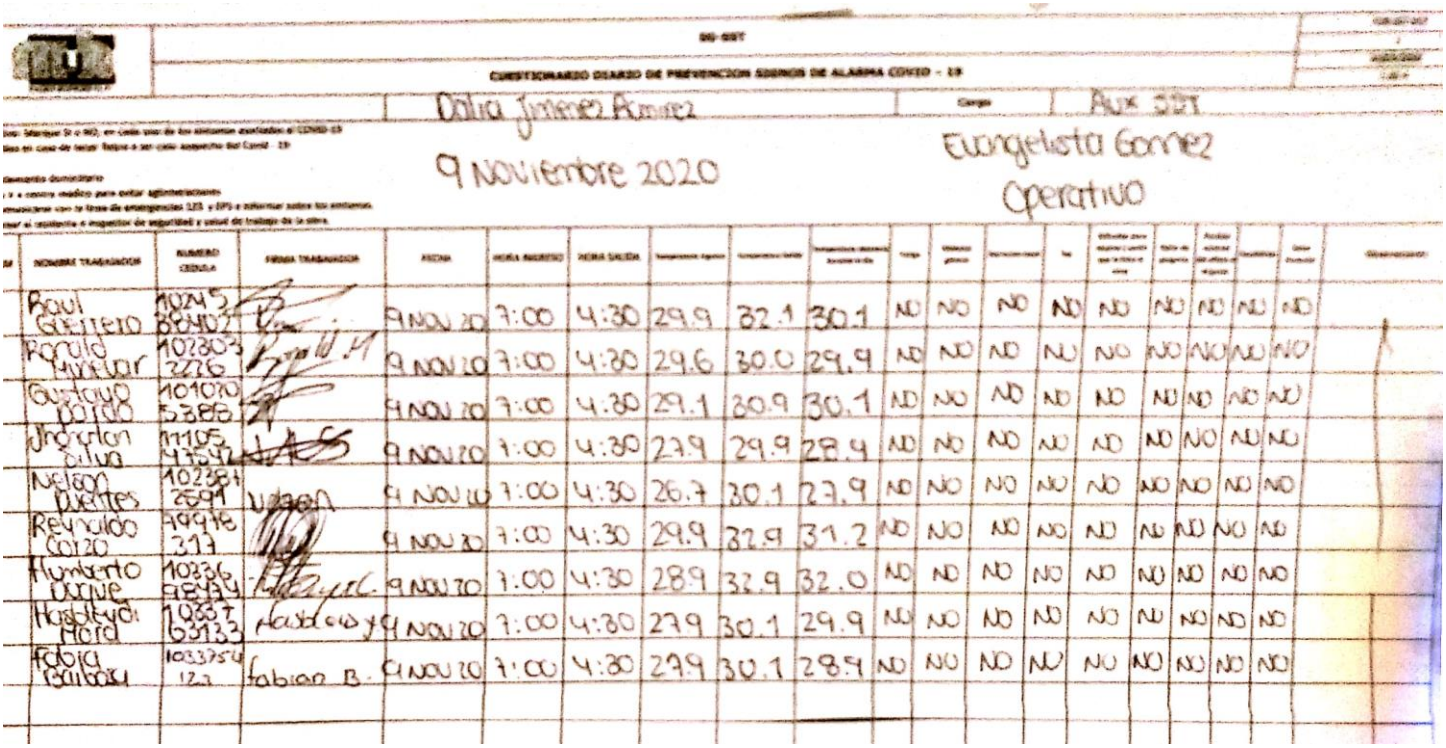
- Aislamiento domiciliario
- No ir a centro médico para evitar aglomeraciones
- Comunicarse con la linea de emergencias 123 y EPS e informar sobre los sintomas.
- Avisar al residente e inspector de seguridad y salud de trabajo de la obra.

10 Noviembre 2020

Evangelista Gomez

Operativo

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	Temperatura Ingreso	Temperatura Salida	Temperatura aleatoria durante el dia	Fatiga	Malestar general	Secrecion nasal	Tos	Dificultar para respirar (sentir que le falta el aire)	Dolor de garganta	Perdida reciente del olfato o el gusto	Escalofrios	Dolor muscular	Observaciones
1	Arnold Martinez	102803 2226	Arnold M	10 NOV 20	7:00	4:30	27.7	34.1	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2	Raul Guerrero	10245 8246		10 NOV 20	7:00	4:30	26.2	30.0	26.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3	Jhonatan Silva	11105 47542	jhonatan silva	10 NOV 20	7:00	4:30	27.2	30.1	29.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
4	Fabian Bautista	108375 4123	fabian B	10 NOV 20	7:00	4:30	29.0	29.9	27.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5	Nelson Puentes	1022897 2597	nelson	10 NOV 20	7:00	4:30	27.1	34.2	33.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6	Abdiel Mayo	10337 63133	Abdiel Mayo M	10 NOV 20	7:00	4:30	26.9	30.1	26.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
7	Humberto Ochoa	10336 98474		10 NOV 20	7:00	4:30	26.9	29.9	27.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
8	Reynaldo Coiro	79918 317		10 NOV 20	7:00	4:30	27.8	30.4	29.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9																			



SG-SST

CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID - 19

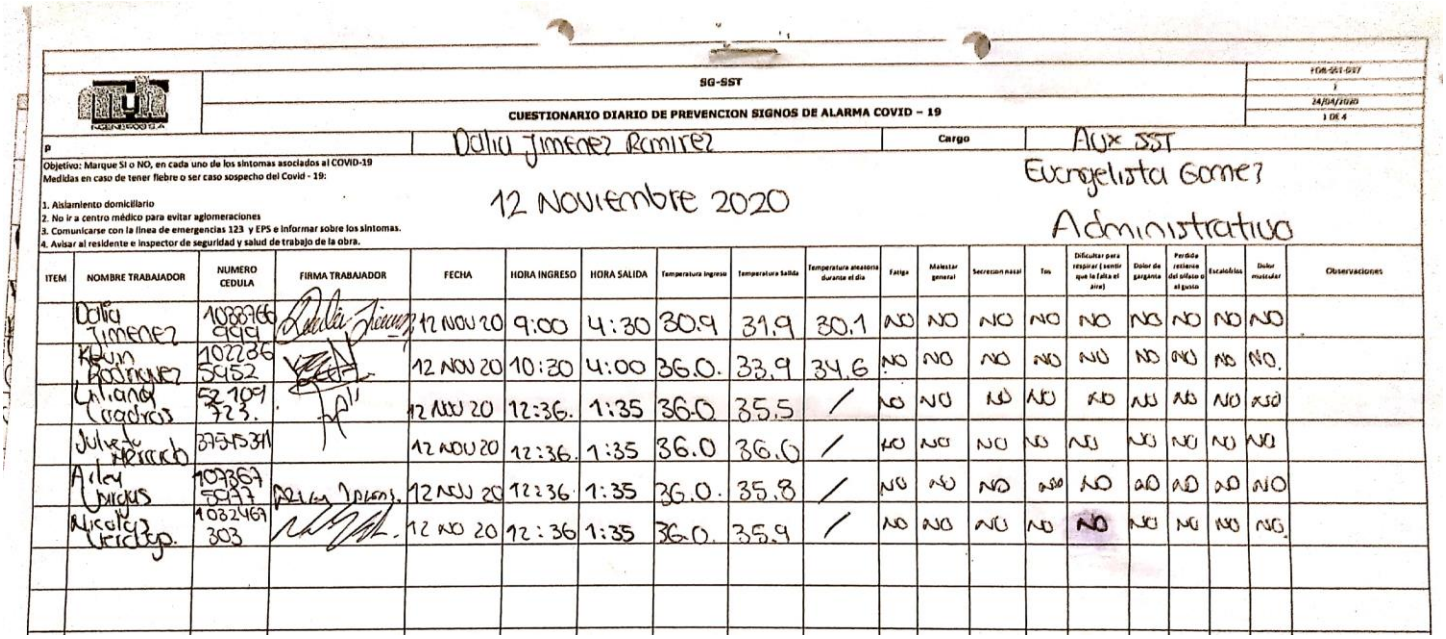
Dolly Jimenez Ramirez — Cargo: Aux SST

9 Noviembre 2020 — Evangelista Gomez

Operativo

NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA													
Raul Gutierrez	1024 80402		9 NOV 20	7:00	4:30	29.9	32.1	30.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Ronald Muñoz	102303 2276		9 NOV 20	7:00	4:30	29.6	30.0	29.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Gustavo Bello	101070 53885		9 NOV 20	7:00	4:30	29.1	30.9	30.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Jhonatan Silva	11105 47542		9 NOV 20	7:00	4:30	27.9	29.9	28.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Nelson Duartes	102384 2591		9 NOV 20	7:00	4:30	26.7	30.1	27.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Reynaldo Colon	99416 317		9 NOV 20	7:00	4:30	29.9	32.9	31.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Humberto Duque	10336 91434		9 NOV 20	7:00	4:30	28.9	32.9	32.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Hasbleidy Mora	1033 63133		9 NOV 20	7:00	4:30	27.9	30.1	29.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Fabio Bulbosa	1033754 123	fabian B.	9 NOV 20	7:00	4:30	27.9	30.1	28.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

ADMINISTRATIVO



SG-SST

CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID – 19

Dolly Jimenez Ramirez — Cargo: Aux SST

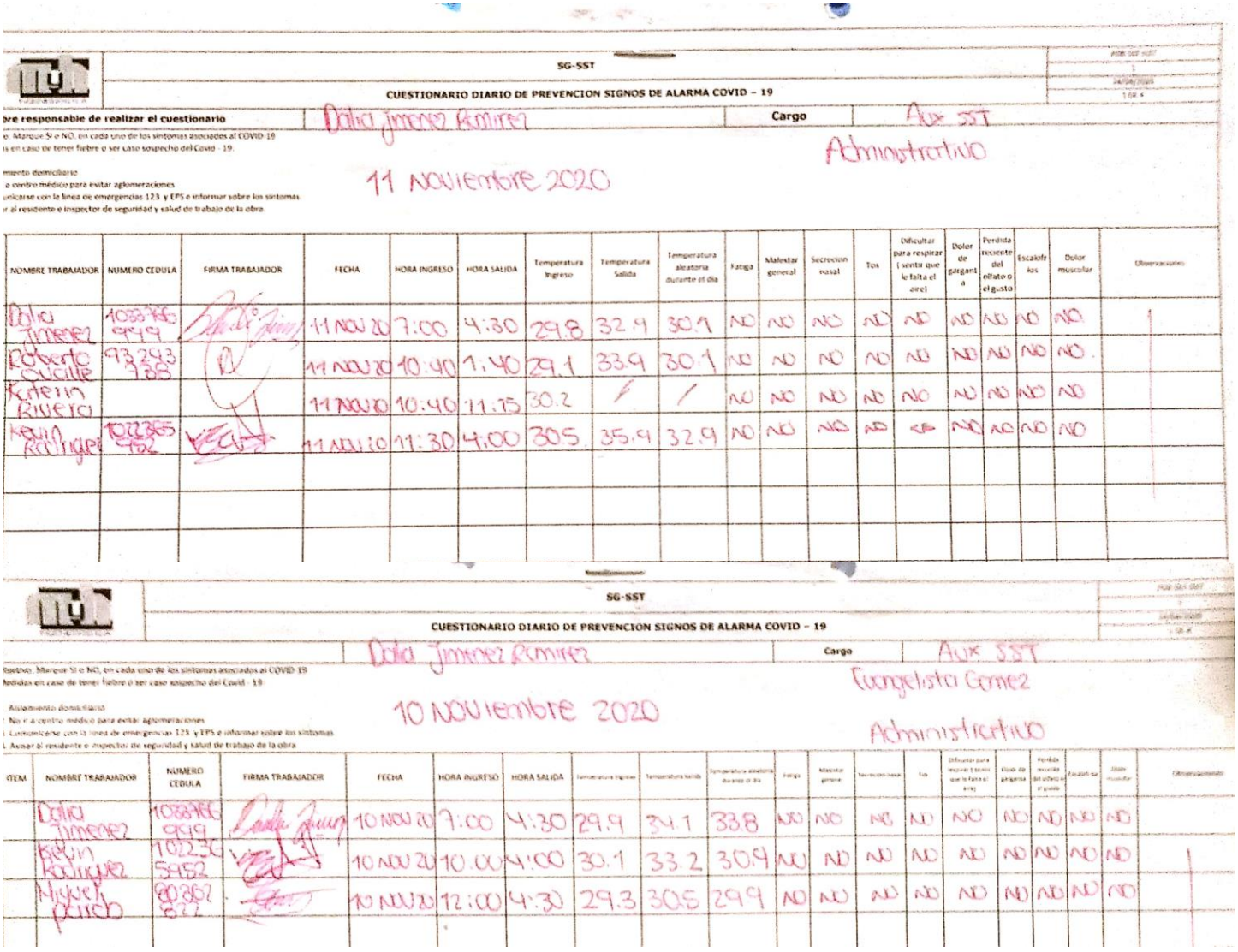
12 Noviembre 2020 — Evangelista Gomez

Administrativo

Objetivo: Marque SI o NO, en cada uno de los síntomas asociados al COVID-19
Medidas en caso de tener fiebre o ser caso sospecho del Covid - 19:

1. Aislamiento domiciliario
2. No ir a centro médico para evitar aglomeraciones
3. Comunicarse con la línea de emergencias 123 y EPS e informar sobre los síntomas.
4. Avisar al residente e inspector de seguridad y salud de trabajo de la obra.

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	Temperatura ingreso	Temperatura salida	Temperatura aleatoria durante el dia	Fatiga	Malestar general	Secrecion nasal	Tos	Dificultar para respirar (sentir que le falta el aire)	Dolor de garganta	Perdida reciente del olfato o el gusto	Escalofrios	Dolor muscular	Observaciones
	Dolly Jimenez	1088166 9919		12 NOV 20	9:00	4:30	30.9	31.9	30.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ruben Rodriguez	102286 5452		12 NOV 20	10:20	4:00	36.0.	33.9	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO.	
	Liliana Cuadros	52 109 723.		12 NOV 20	12:36.	1:35	36.0	35.5	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Julieth [illegible]	2751311		12 NOV 20	12:36.	1:35	36.0	36.0	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Arley Vargas	107367 5597		12 NOV 20	12:36	1:35	36.0.	35.8	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Nicolas Verdugo.	1082469 303		12 NO 20	12:36	1:35	36.0.	35.9	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO.	



SG-SST

CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID – 19

bre responsable de realizar el cuestionario: Dalia Jimenez Ramirez — Cargo: Aux SST Administrativo

e. Marque SI o NO, en cada uno de los síntomas asociados al COVID-19
s en caso de tener fiebre o ser caso sospecho del Covid - 19.

miento domiciliario
o centro médico para evitar aglomeraciones
unicarse con la línea de emergencias 123 y EPS e informar sobre los síntomas
r al residente e inspector de seguridad y salud de trabajo de la obra.

11 Noviembre 2020

NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	Temperatura Ingreso	Temperatura Salida	Temperatura aleatoria durante el dia	Fatiga	Malestar general	Secrecion nasal	Tos	Dificultar para respirar (sentir que le falta el aire)	Dolor de garganta	Perdida reciente del olfato o el gusto	Escalofrios	Dolor muscular	Observaciones
Dalia Jimenez	1088 966 949		11 NOV 20	7:00	4:30	29.8	32.9	30.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Roberto Ducille	93243 788		11 NOV 20	10:40	1:40	29.1	33.9	30.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Katerin Rivera			11 NOV 20	10:40	11:15	30.2	/	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Kevin Rodriguez	102365 452		11 NOV 20	11:30	4:00	30.5	35.9	32.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SG-SST

CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID – 19

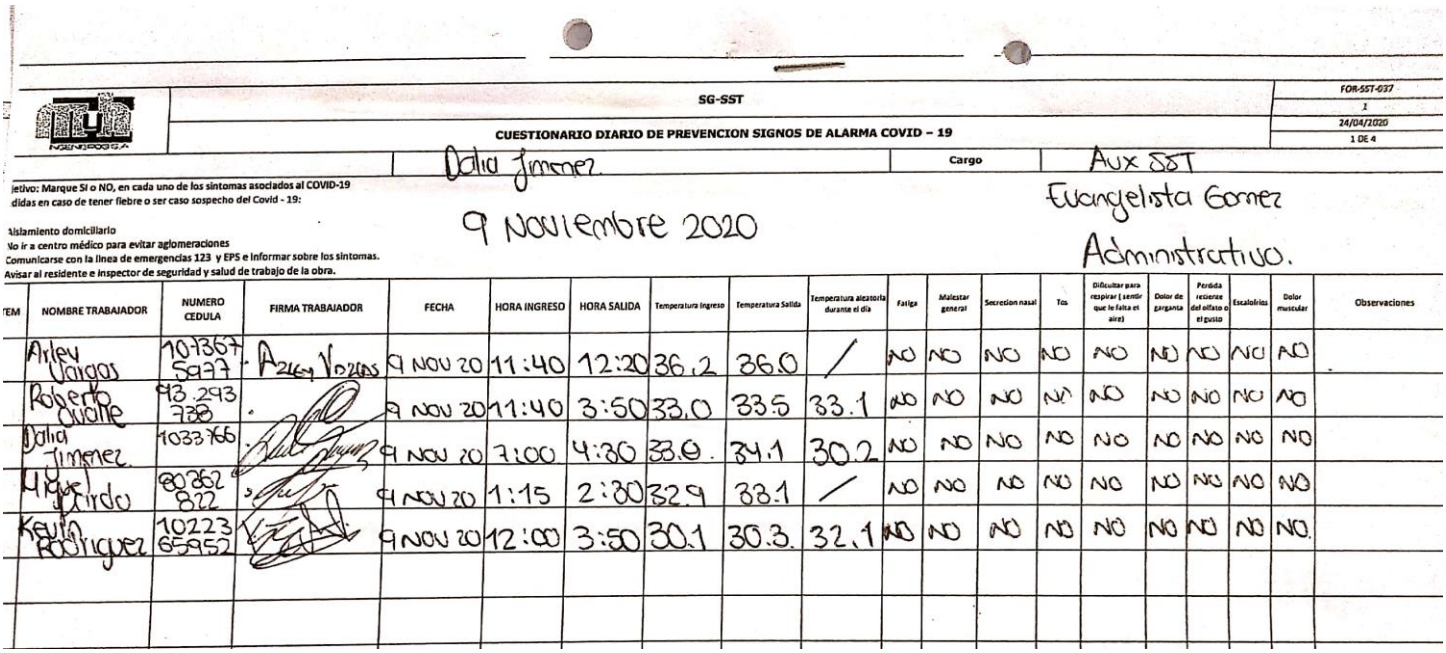
Dalia Jimenez Ramirez — Cargo: Aux SST Evangelista Gomez Administrativo

Resolvo. Marque SI o NO, en cada uno de los síntomas asociados al COVID 19
Medidas en caso de tener fiebre o ser caso sospecho del Covid - 19

Aislamiento domiciliario
No ir a centro médico para evitar aglomeraciones
Comunicarse con la línea de emergencias 123 y EPS e informar sobre los síntomas
Avisar al residente e inspector de seguridad y salud de trabajo de la obra

10 Noviembre 2020

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	Temperatura Ingreso	Temperatura Salida	Temperatura aleatoria durante el dia	Fatiga	Malestar general	Secrecion nasal	Tos	Dificultar para respirar (sentir que le falta el aire)	Dolor de garganta	Perdida reciente del olfato o el gusto	Escalofrios	Dolor muscular	Observaciones
	Dalia Jimenez	1088966 949		10 NOV 20	7:00	4:30	29.9	34.1	33.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Kevin Rodriguez	102365 452		10 NOV 20	10:00	4:00	30.1	33.2	30.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Miguel Pinto	80262 822		10 NOV 20	12:00	4:30	29.3	30.5	29.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	



SG-SST

FOR-SST-037 | 1 | 24/04/2020 | 1 DE 4

CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID – 19

Dalia Jimenez. Cargo: Aux SST

Evangelista Gomez

9 Noviembre 2020

Administrativo.

jetivo: Marque SI o NO, en cada uno de los síntomas asociados al COVID-19 didas en caso de tener fiebre o ser caso sospecho del Covid - 19:

Aislamiento domiciliario
No ir a centro médico para evitar aglomeraciones
Comunicarse con la línea de emergencias 123 y EPS e informar sobre los síntomas.
Avisar al residente e inspector de seguridad y salud de trabajo de la obra.

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	Temperatura Ingreso	Temperatura Salida	Temperatura aleatoria durante el día	Fatiga	Malestar general	Secrecion nasal	Tos	Dificultar para respirar (sentir que le falta el aire)	Dolor de garganta	Perdida reciente del olfato o el gusto	Escalofrios	Dolor muscular	Observaciones
	Arley Vargas	10-1367 5977		9 NOV 20	11:40	12:20	36.2	36.0	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Roberto Cuonie	93.293 738		9 NOV 20	11:40	3:50	33.0	33.5	33.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Dalia Jimenez	1033766		9 NOV 20	7:00	4:30	33.0	34.1	30.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Hayd Tirado	80362 822		9 NOV 20	1:15	2:30	32.9	33.1	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Kevin Rodriguez	10223 65952		9 NOV 20	12:00	3:50	30.1	30.3	32.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

4. FT-SST-016 ENTREGA DE EPP

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	POR-SST-03
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE Reynaldo Cano Cardenas CÉDULA No 79978.317

CARGO Ayudante ÁREA/ DEPENDENCIA Obra Evangelista

EMPRESA Gracon Ingenieros SAS

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Gafas	1	5 NOV 20	
2	Camisa x L	1	5 NOV 20	
3	Botas talla 39	1	5 NOV 20	
4	Guantes Nitrilo	1	5 NOV 20	
5	Casco	1	5 NOV 20	
6	Frasco Gel Antibacterial	1	5 NOV 20	
7	Tapa Bocas Industrial	1	9 NOV 20	
8	Camisa Talla L	1	10 NOV 20	
9	Tapa oidos	1	14 NOV 20	
10				
11				

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-01
		VERSIÓN	2
		FECHA	
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	PAGINA	1 DE 2

NOMBRE: Orimar Acosta — CÉDULA No. 8.100.635

CARGO: Ayudante — ÁREA/ DEPENDENCIA: obra colegio Juan Evangelista

EMPRESA: Gerencia Ingenieros SAS

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Tapabocas	1	22/10/2020	Acosta
2	Gafas tap	1	22/10/2020	Acosta
3	Tapa oidos	1	22/10/2020	Acosta
4	Tapa Oidos	1	24/10/2020	ORIMAR ACOSTA
5	Tapa Bocas	1	24/10/2020	ORIMAR ACOSTA
6	Gafas	1	24/10/2020	ORIMAR ACOSTA
7				

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-016
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 2

MBRE Nelson Andres Puentes CÉDULA No. 1023872591

RGO Ayudante ÁREA/ DEPENDENCIA Obra Evangelista

EMPRESA Grecon Ingenieros SAS

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Gafas	1	5 NOV 20	Nelson Puentes
Tapa Bocas.	1	5 NOV 20	Nelson Puentes
Camisa XL	1	5 NOV 20	Nelson Puentes
Botas Talla 38	1	5 NOV 20	Nelson Puentes
Guantes Nitrilo.	1	5 NOV 20	Nelson Puentes
Casco	1.	5 NOV 20	Nelson Puentes
Gel antibacterial	1.	5 NOV 20	Nelson Puentes
Tapa Bocas	1	9 NOV 20	Nelson Puentes
Tapa Oidos	1	14 NOV 20.	Nelson Puentes
Tapa Bocas	1	14 NOV 20	Nelson Puentes

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-016
		VERSIÓN	2
		FECHA	
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE	Orlando Pedrozo	CÉDULA No.	7151652
CARGO	Ayudante	ÁREA/ DEPENDENCIA	Obra Colegio
EMPRESA	Green ingenieros sas		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Tapabocas	9	14 Noviembre 20	Orl/An Pedrozo P.
2	Tapa Bocas	1	14 Noviembre 20.	Orl/An Pedrozo P.
3				

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-016
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE Humberto Duque. CÉDULA No

CARGO Oficial ÁREA/ DEPENDENCIA Obra colegio Congelata G.

EMPRESA Grecon Ingenieros S.A.S.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Tapa bocas industrial	1	1-10-2020	
2	Guantes nitrilo	1	1-10-2020	
3	Tapa Bocas industrial	1	6-10-2020.	
4	Tapa Bocas industrial	1	10-10-2020.	
5	Guantes nitrilo	1	14-10-2020.	
6	Tapa Bocas	1	17-10-2020	
7	Gafas	1	22-10-2020	
8	Tapa bocas	1	22-10-2020	
9	Guantes	1	22-10-2020	
10	Tapa Bocas	1	30-10 2020	
11	Tapa Bocas tela	1	3-11 2020.	
12	Camisa talla xL	1	5-11 2020	
13	Botas talla 38	1	7-11 2020	
14	Tapa Bocas industrial	1	9-11-2020.	
15	Tapa Oidos	1	14-11 2020	
16				
17				

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SS
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/
		PÁGINA	1 DE

NOMBRE: Raul Eduardo Guerrero Rojas — CÉDULA No.: 1024538402

CARGO: Ayudante. — ÁREA/ DEPENDENCIA: Obra

EMPRESA: Grecon Ingenieros SAS

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes Nitrilo	1	13-10-20	
2	Guantes Carnaza	1	13-10-20	
3	Gafas Seguridad.	1	13-10-20	
4	Tapa Oidos Insercion.	1	13-10-20	
5	Tapa bocas industrial	1	13-10-20	
6	Tapabocas Blanco.	1	13-10-20	
7	Frasco de Gel Antibacterial	1	13-10-20	
8	Frasco de Alcohol	1.	13-10-20	
9	Camiso Talla M	1	14-10-20	
10	Pantalon Talla 30	1	14-10-20.	
11	Botas talla 40.	1	14-10-20.	
12	Tapa Bocas Industrial	1	17-10-20	
13	Guantes nitrilo	1	17-10-20	
14	Guantes tapa bocas	1	22-10-20	
15	Tapa bocas industrial	1	22-10-20	
16	Tapa oidos	1	22-10-20	
17	Tapa boca	1	24-10-20	
18	Guantes Nitrilo	1	25-10-20	
19	Tapa Oidos	1	30-10-20	
20	Tapa Bocas	1	5-11-20	
21	Guantes Cuero.	1	9-11-20.	
22	Tapa Bocas Industrial	1	9-11-20	
23	Tapa Bocas	1	14-11-20.	
24				
25				

	INFORMES SEMANALES Y/O MENSUALES IMPLEMENTACIÓN PROTOCOLO BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	PRO-SST-18
		VERSIÓN	1
		FECHA	21/11/2020

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SS
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/
		PÁGINA	1 DE

NOMBRE: Fabian Camilo Baloosu Urrego. CÉDULA No. 1033754123

CARGO: Ayudante ÁREA/ DEPENDENCIA: Obra.

EMPRESA: Grecon Ingenieros S.A.S.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes Nitrilo.	1	6-10-20	fabian B.
2	Guantes Carnaza.	1	6-10-20	fabian B.
3	Tapa Oidos.	1	6-10-20	fabian B.
4	Tapa Bocas Blanco.	1	6-10-20	fabian B.
5	Tapa Bocas Industrial.	1	6-10-20	fabian B.
6	Gafas de Seguridad.	1	6-10-20	fabian B.
7	Casco + Arnes.	1	6-10-20	fabian B.
8	Frasco de Alcohol	1	6-10-20	fabian B.
9	Tapa Bocas Industrial	1	10-10-20	fabian B.
10	Recarga de alcohol	1	14-10-20	fabian B.
11	Tapa oidos insercion	1	14-10-20	fabian B.
12	Camisa Talla M.	1	15-10-20	fabian B.
13	Tapabocas	1	17-10-20	fabian B.
14	Guantes Nitrilo	1	17-10-20	fabian B.
15	Guantes Nitrilo	1	22-10-20	fabian B.
16	Tapa Bocas	1	26-10-20	fabian B.
17	Guantes Nitrilo	1	26-10-20	fabian B.
18	Tapa Bocas tela	1	3-11-20	fabian B.
19	Tapa Bocas Industrial	1	9-11-20	fabian B.
20	Tapa Oidos	1	14-11-20	fabian B.
21	Tapa Bocas	1	14-11-20	fabian B.
22				
23				

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-01
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE Haibeidy Hoyo. CÉDULA No. 1033763133.

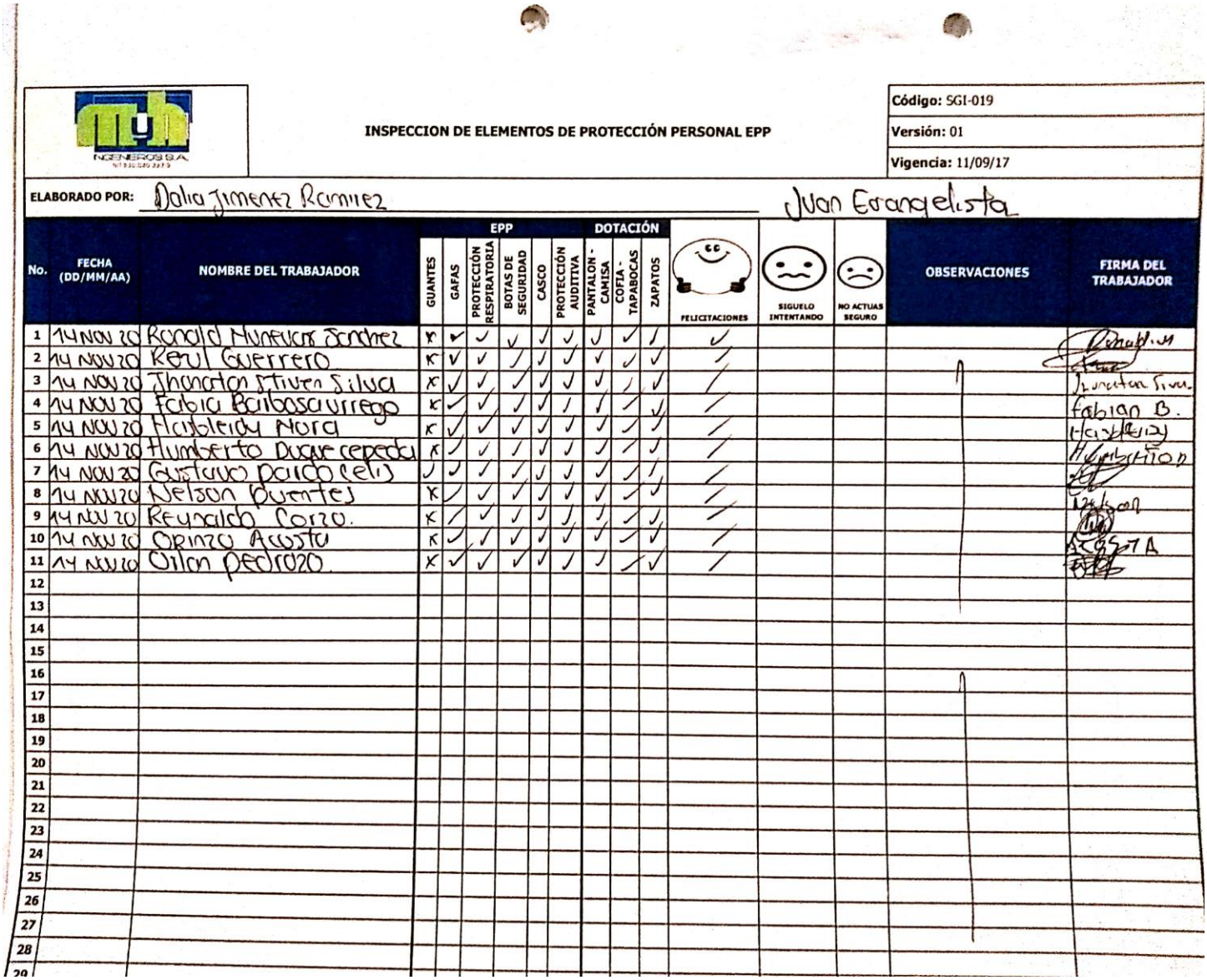
CARGO Ayudante. ÁREA/ DEPENDENCIA Evangelista Gomez.

EMPRESA Grecon Ingenieros S.A.S

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes Nitrilo.	1	26-09-20.	Haisbeidy
2	Tapabocas Industrial	1	26-09-20.	Haisbeidy
3	Tapa bocas	1	30-09-20	Haisbeidy M
4	Tapa bocas	1	6-10-20.	Haisbeidy
5	Tapa bocas	1	10-10-20.	Haisbeidy M
6	Tapa bocas	1	17-10-20	Haisbeidy M
7	Tapa Oidos	1	22-10-20	Haisbeidy M
8	Gafas	1	22 10 20.	Haisbeidy M
9	Tapa Bocas Industrial	1	9-11-20.	Haisbeidy
10				

6. FT-SST-017 INSPECCION DE EPP¡Error! Marcador no definido.



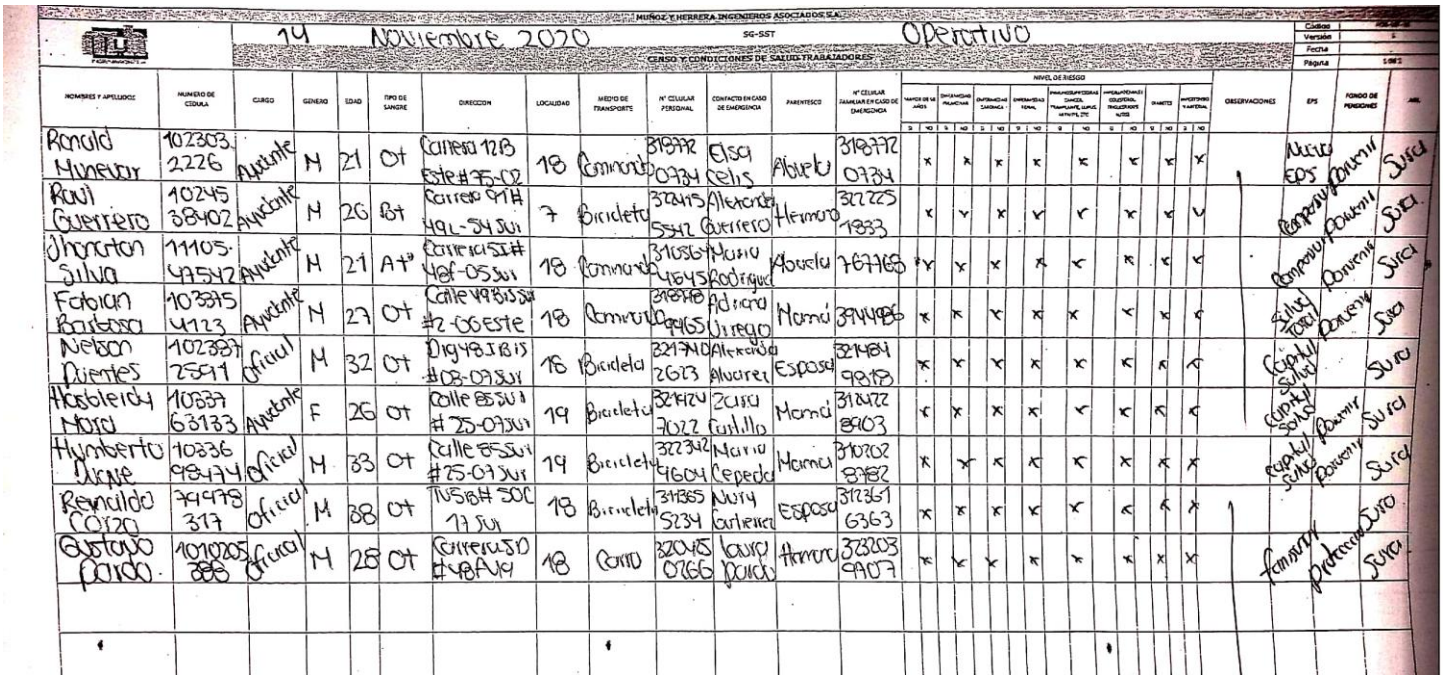
INSPECCION DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EPP

Código: SGI-019
Versión: 01
Vigencia: 11/09/17

ELABORADO POR: Dalia Jimenez Ramirez — Juan Evangelista

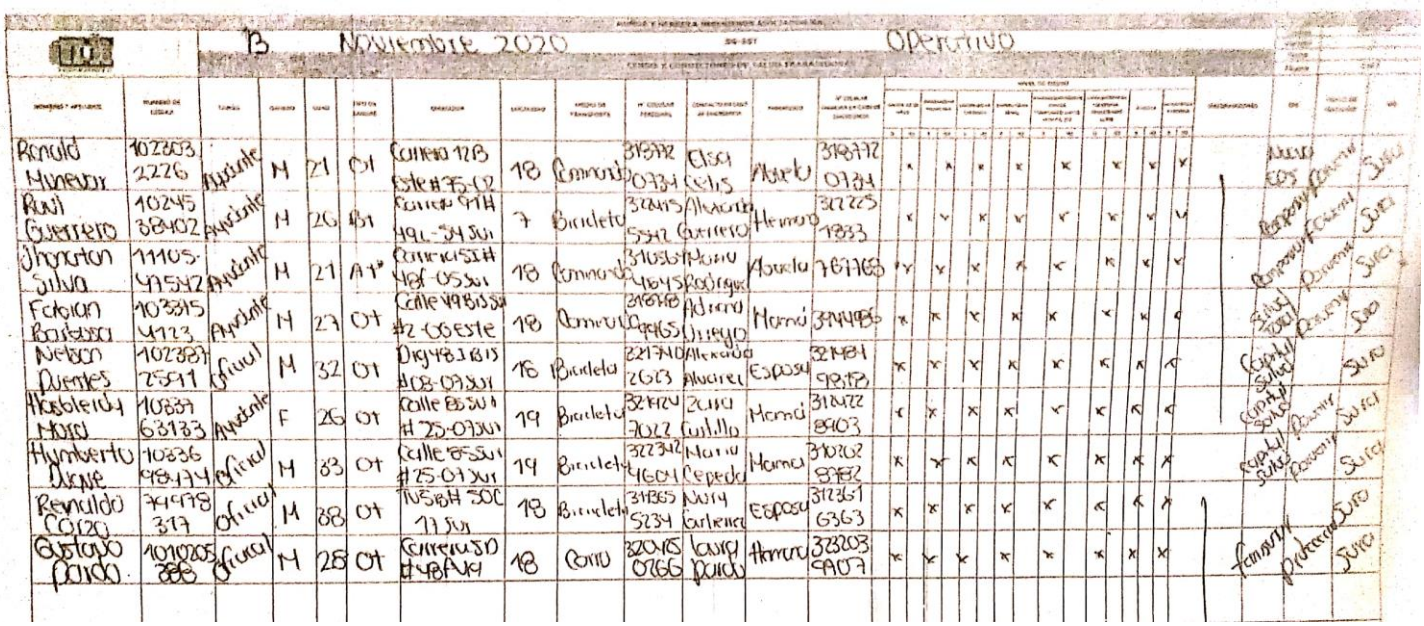
No.	FECHA (DD/MM/AA)	NOMBRE DEL TRABAJADOR	EPP						DOTACIÓN			FELICITACIONES	SIGUELO INTENTANDO	NO ACTUAS SEGURO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL TRABAJADOR
			GUANTES	GAFAS	PROTECCIÓN RESPIRATORIA	BOTAS DE SEGURIDAD	CASCO	PROTECCIÓN AUDITIVA	PANTALÓN - CAMISA	COFIA - TAPABOCAS	ZAPATOS					
1	14 NOV 20	Ronald Munevar Sanchez	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
2	14 NOV 20	Raul Guerrero	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
3	14 NOV 20	Jhonatan Stiven Silva	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
4	14 NOV 20	Fabia Barbosa Urrego	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
5	14 NOV 20	Floribeidy Mora	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
6	14 NOV 20	Humberto Duque Cepeda	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
7	14 NOV 20	Gustavo Parra (eli)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
8	14 NOV 20	Nelson Puentes	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
9	14 NOV 20	Reynaldo Corzo.	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
10	14 NOV 20	Orinzo Agusto	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
11	14 NOV 20	Orlon Pedroza.	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																

7 . FT-SST-038 CENSO Y CONDICIONES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES



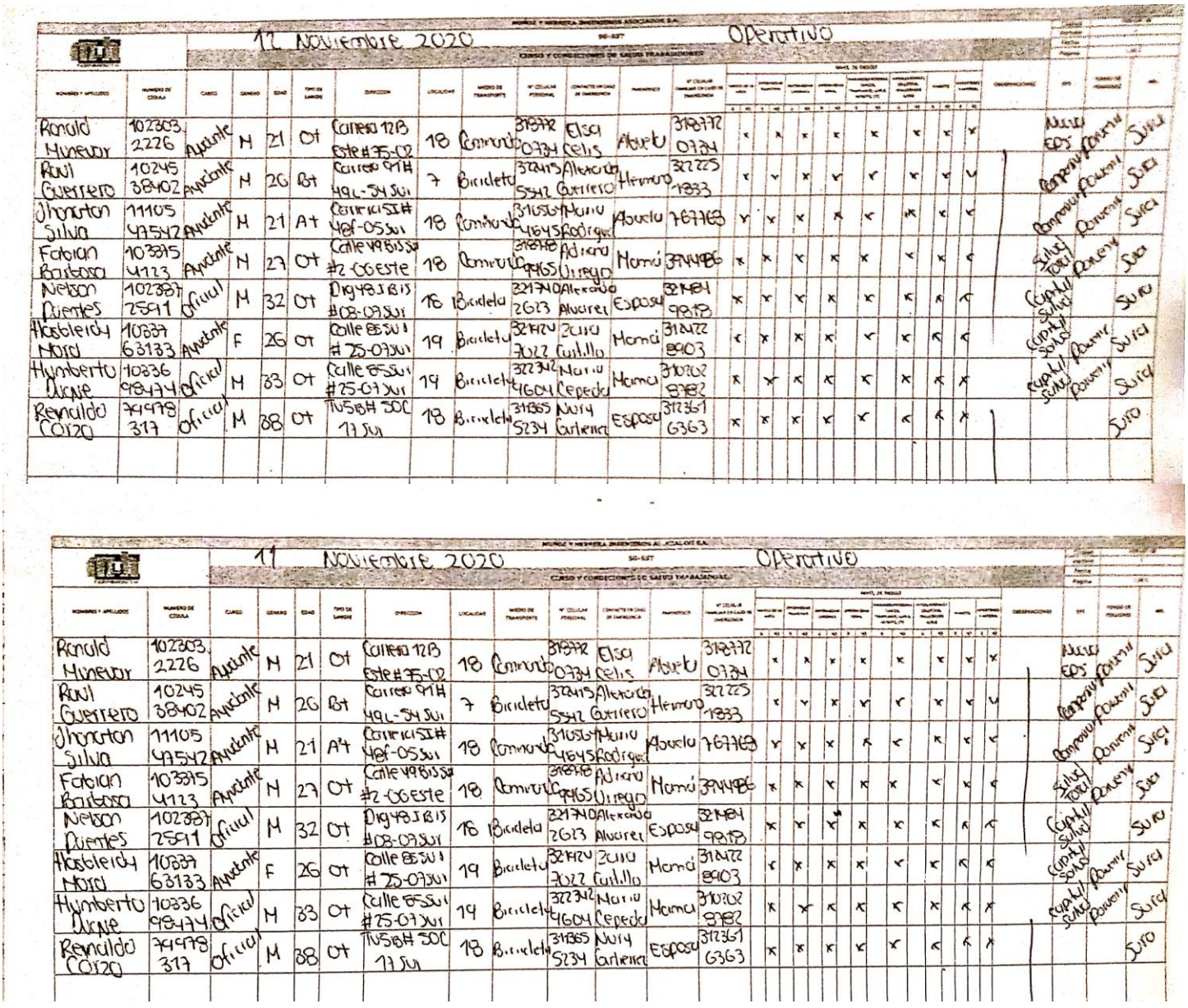
14 Noviembre 2020 — Operativo

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	N° CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	N° CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Ronald Munevar	102803 2226	Ayudante	M	21	O+	Carrera 12B Este #35-02	18	Caminando	318772 0734	Elsa Celis	Abuela	318772 0734		Nueva EPS	Porvenir	Sura
Raul Guerrero	10245 38402	Ayudante	M	26	B+	Carrera 94H 49L-34 Sur	7	Bicicleta	32445 5542	Alexander Guerrero	Hermano	322225 1833		Compensar	Porvenir	Sura
Jhonatan Silva	11105 475472	Ayudante	H	21	A+	Carrera 51H 46F-05 Sur	18	Caminando	310564 4645	Mario Rodriguez	Abuelo	767765		Compensar	Porvenir	Sura
Fabian Barbosa	103315 4123	Ayudante	M	27	O+	Calle 49B bis Sur #2-06 Este	18	Caminando	318446 0465	Adriana Urrego	Mamá	314485		Salud Total	Porvenir	Sura
Nelson Fuentes	102383 7591	Oficial	M	32	O+	Dg 49B bis #08-07 Sur	16	Bicicleta	321410 2673	Alexandra Alvarez	Esposa	321484 9818		Coomeva Salud		Sura
Hasbleidy Mora	10337 63133	Ayudante	F	26	O+	Calle 85 Sur # 25-07 Sur	19	Bicicleta	324424 7022	Zulay Castillo	Mamá	318422 8403		Compensar Salud	Porvenir	Sura
Humberto Duque	10336 98474	Oficial	M	33	O+	Calle 85 Sur #25-09 Sur	19	Bicicleta	322342 4604	Mario Cepeda	Mamá	310202 8382		Compensar Salud	Porvenir	Sura
Reinaldo Cotzo	741478 317	Oficial	M	38	O+	Tv 58H 50C 17 Sur	18	Bicicleta	311365 5234	Nury Carrillo	Esposa	312361 6363				
Gustavo Pinto	1010205 886	Oficial	M	28	O+	Carrera 5D #48A44	18	Carro	320465 0766	Laura Pinto	Hermana	323203 9407		Fenalco	Protección	Sura



13 Noviembre 2020 — Operativo

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	N° CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	N° CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Ronald Munevar	102803 2226	Ayudante	M	21	O+	Carrera 12B Este #35-02	18	Caminando	318772 0734	Elsa Celis	Abuela	318772 0734		Nueva EPS	Porvenir	Sura
Raul Guerrero	10245 38402	Ayudante	H	26	B+	Carrera 94H 49L-34 Sur	7	Bicicleta	32445 5542	Alexander Guerrero	Hermano	322225 1833		Compensar	Porvenir	Sura
Jhonatan Silva	11105 475472	Ayudante	H	21	A+	Carrera 51H 46F-05 Sur	18	Caminando	310564 4645	Mario Rodriguez	Abuelo	767765		Compensar	Porvenir	Sura
Fabian Barbosa	103315 4123	Ayudante	M	27	O+	Calle 49B bis Sur #2-06 Este	18	Caminando	318446 0465	Adriana Urrego	Mamá	314485		Salud Total	Porvenir	Sura
Nelson Fuentes	102383 7591	Oficial	M	32	O+	Dg 49B bis #08-07 Sur	16	Bicicleta	321410 2673	Alexandra Alvarez	Esposa	321484 9818		Coomeva Salud		Sura
Hasbleidy Mora	10337 63133	Ayudante	F	26	O+	Calle 85 Sur # 25-07 Sur	19	Bicicleta	324424 7022	Zulay Castillo	Mamá	318422 8403		Compensar Salud	Porvenir	Sura
Humberto Duque	10336 98474	Oficial	M	33	O+	Calle 85 Sur #25-09 Sur	19	Bicicleta	322342 4604	Mario Cepeda	Mamá	310202 8382		Compensar Salud	Porvenir	Sura
Reinaldo Cotzo	741478 317	Oficial	M	38	O+	Tv 58H 50C 17 Sur	18	Bicicleta	311365 5234	Nury Carrillo	Esposa	312361 6363				
Gustavo Pinto	1010205 886	Oficial	M	28	O+	Carrera 5D #48A44	18	Carro	320465 0766	Laura Pinto	Hermana	323203 9407		Fenalco	Protección	Sura

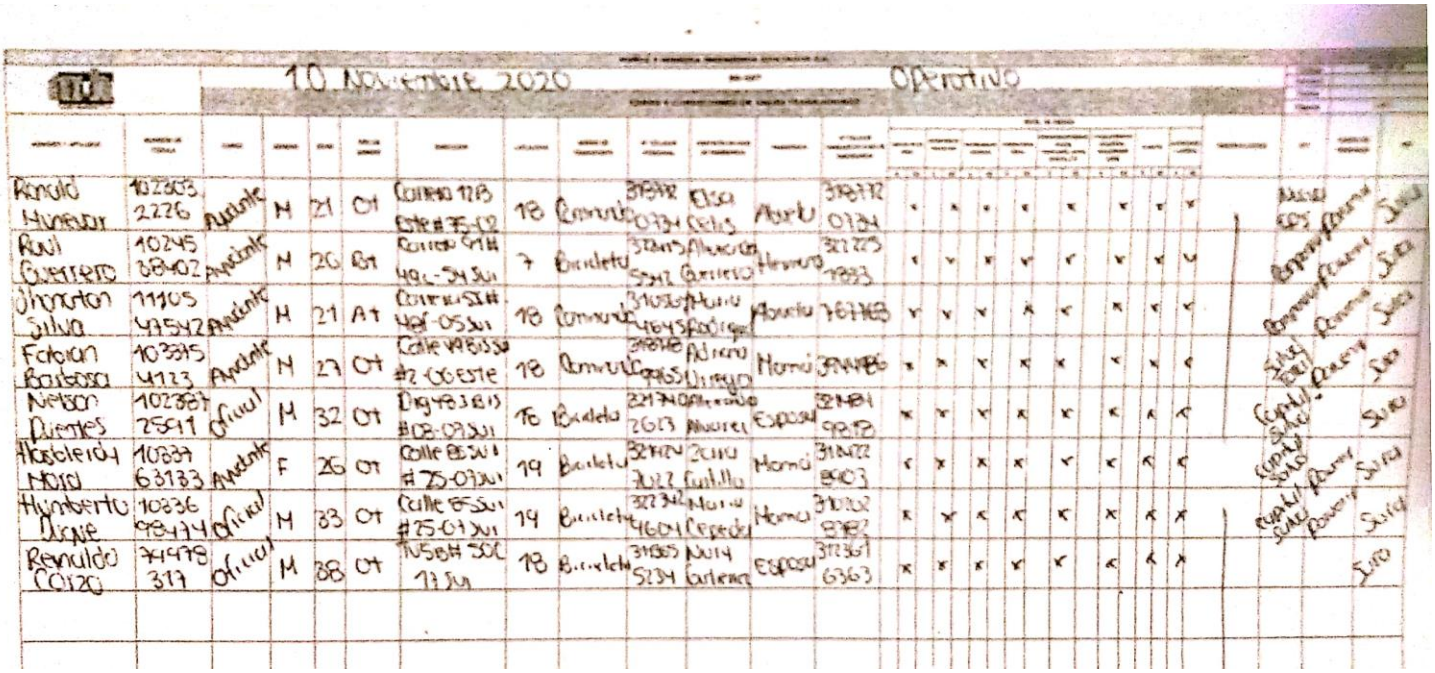


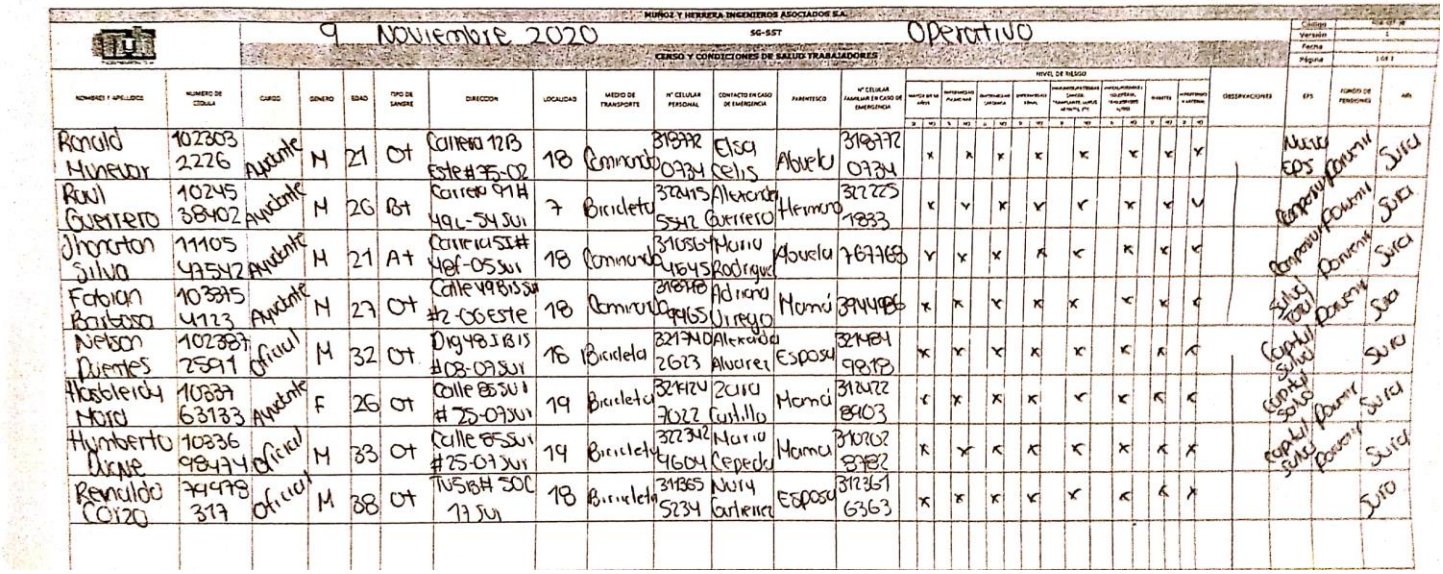
12 NOVIEMBRE 2020 — OPERATIVO

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	Nº CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	Nº CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Ronald Mendivil	102803 2226	Ayudante	M	21	O+	Carrera 12B Este #35-02	18	Camión	318772 0734	Elsa Celis	Abuela	318772 0734			Nueva EPS	Porvenir	Sura
Raul Guerrero	10245 38402	Ayudante	M	26	B+	Carrera 9 #49C-54 Sur	7	Bicicleta	320413 5542	Alexandra Guerrero	Hermana	327225 1833			Compensar	Porvenir	Sura
Johnatan Silva	11105 47542	Ayudante	M	21	A+	Carrera 1 SE #48F-05 Sur	18	Camión	316556 4645	Mario Rodriguez	Abuelo	767763			Compensar	Porvenir	Sura
Fabian Barbosa	103915 4123	Ayudante	M	27	O+	Calle 49B Bis Sur #2-06 Este	18	Camión	316546 0465	Adriana Urrego	Mamá	394486			Salud Total	Porvenir	Sura
Nelson Fuentes	102887 25911	Oficial	M	32	O+	Diag 48 J Bis #108-07 Sur	16	Bicicleta	321740 2623	Alexandra Alvarez	Esposa	321484 9815			Compensar	Salud Total	Sura
Hasbleidy Mora	10837 63133	Ayudante	F	26	O+	Calle 65 Sur # 25-07 Sur	19	Bicicleta	321420 7022	Zulu Cubillo	Mamá	318422 8403			Compensar	Salud Total	Sura
Humberto Arias	10836 98474	Oficial	M	33	O+	Calle 65 Sur #25-07 Sur	19	Bicicleta	322342 4604	Mario Cepeda	Mamá	310202 5382			Compensar	Salud Total	Sura
Reinaldo Cortes	74478 317	Oficial	M	38	O+	Tv 58H 50C 11 Sur	18	Bicicleta	311365 5234	Nury Gutierrez	Esposa	312361 6363					Sura

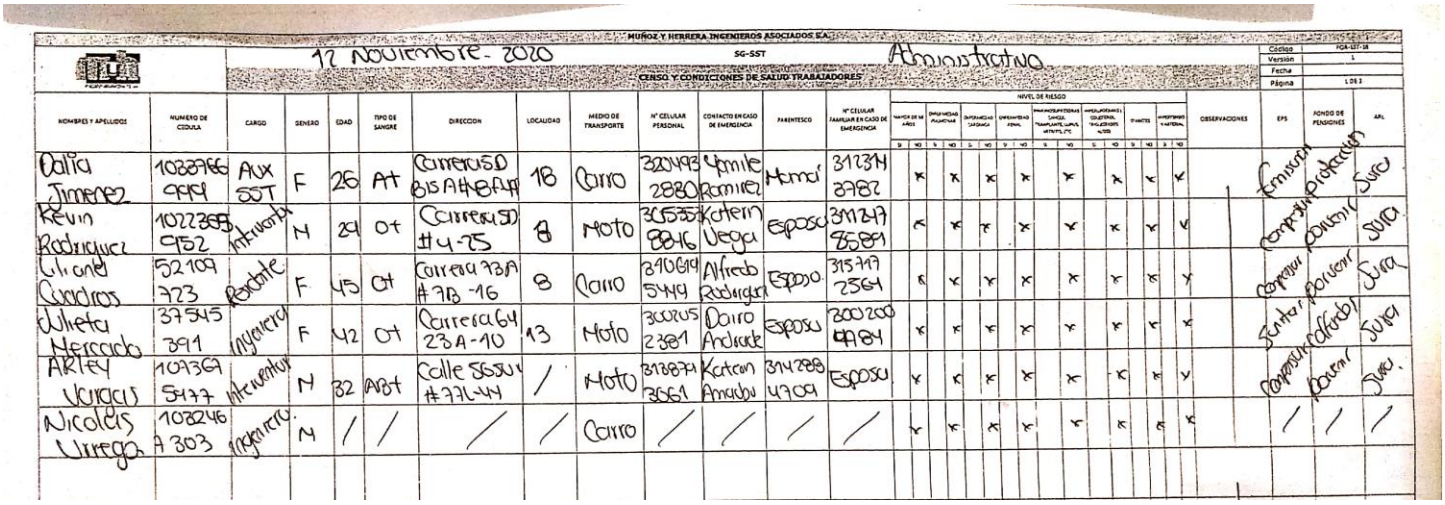
11 NOVIEMBRE 2020 — OPERATIVO

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	Nº CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	Nº CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Ronald Mendivil	102803 2226	Ayudante	M	21	O+	Carrera 12B Este #35-02	18	Camión	318772 0734	Elsa Celis	Abuela	318772 0734			Nueva EPS	Porvenir	Sura
Raul Guerrero	10245 38402	Ayudante	M	26	B+	Carrera 9 #49C-54 Sur	7	Bicicleta	320413 5542	Alexandra Guerrero	Hermana	327225 1833			Compensar	Porvenir	Sura
Johnatan Silva	11105 47542	Ayudante	M	21	A+	Carrera 1 SE #48F-05 Sur	18	Camión	316556 4645	Mario Rodriguez	Abuelo	767763			Compensar	Porvenir	Sura
Fabian Barbosa	103915 4123	Ayudante	M	27	O+	Calle 49B Bis Sur #2-06 Este	18	Camión	316546 0465	Adriana Urrego	Mamá	394486			Salud Total	Porvenir	Sura
Nelson Fuentes	102887 25911	Oficial	M	32	O+	Diag 48 J Bis #108-07 Sur	16	Bicicleta	321740 2623	Alexandra Alvarez	Esposa	321484 9815			Compensar	Salud Total	Sura
Hasbleidy Mora	10837 63133	Ayudante	F	26	O+	Calle 65 Sur # 25-07 Sur	19	Bicicleta	321420 7022	Zulu Cubillo	Mamá	318422 8403			Compensar	Salud Total	Sura
Humberto Arias	10836 98474	Oficial	M	33	O+	Calle 65 Sur #25-07 Sur	19	Bicicleta	322342 4604	Mario Cepeda	Mamá	310202 5382			Compensar	Salud Total	Sura
Reinaldo Cortes	74478 317	Oficial	M	38	O+	Tv 58H 50C 11 Sur	18	Bicicleta	311365 5234	Nury Gutierrez	Esposa	312361 6363					Sura


10 Noviembre 2020
Operativo


9 Noviembre 2020
Operativo

ADMINISTRATIVO



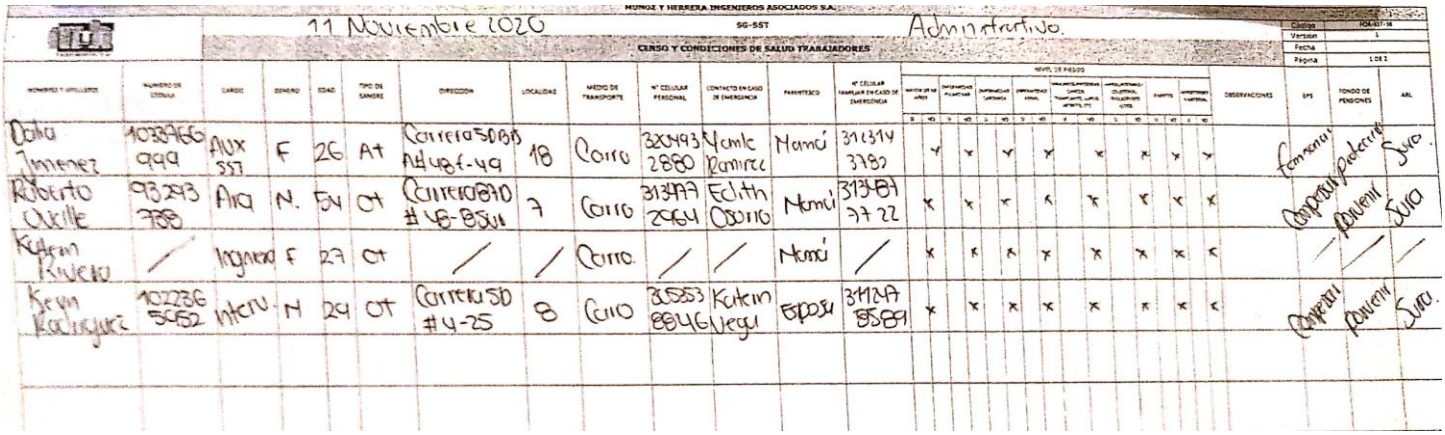
MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

12 NOVIEMBRE - 2020 — SG-SST — Administrativo

CENSO Y CONDICIONES DE SALUD TRABAJADORES

Código: FOR-SST-18 | Versión: 1 | Fecha | Página: 1 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	Nº CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	Nº CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Dalia Jimenez	1032966999	Aux SST	F	26	A+	Carrera 50 BIS A # 48 F-49	18	Carro	3204932880	Yamile Ramirez	Mamá	3172143782			Emssanar	Protección	Sura
Kevin Rodriguez	1022385952	Interventor	N	24	O+	Carrera 50 #4-25	8	Moto	3053558846	Katerin Vega	Esposa	3112478589			Compensar	Colpensiones	Sura
Lilibeth Cisneros	52109723	Radiante	F	45	O+	Carrera 73A #78-16	8	Carro	3106145449	Alfredo Rodriguez	Esposo	3157772564			Compensar	Porvenir	Sura
Yulieth Mercado	37545391	Ingeniera	F	42	O+	Carrera 64 23A-10	13	Moto	3002052381	Darro Andrade	Esposo	3002004484			Sanitas	Porvenir	Sura
ARLEY Vargas	1097695477	Interventor	N	32	A+	Calle 56 SUR #77L44	/	Moto	3128715661	Katerin Amador	Esposa	3142884709			Compensar	Colfondos	Sura
Nicolas Urrego	1082467303	Ingeniero	N	/	/	/	/	Carro	/	/	/	/			/	/	/



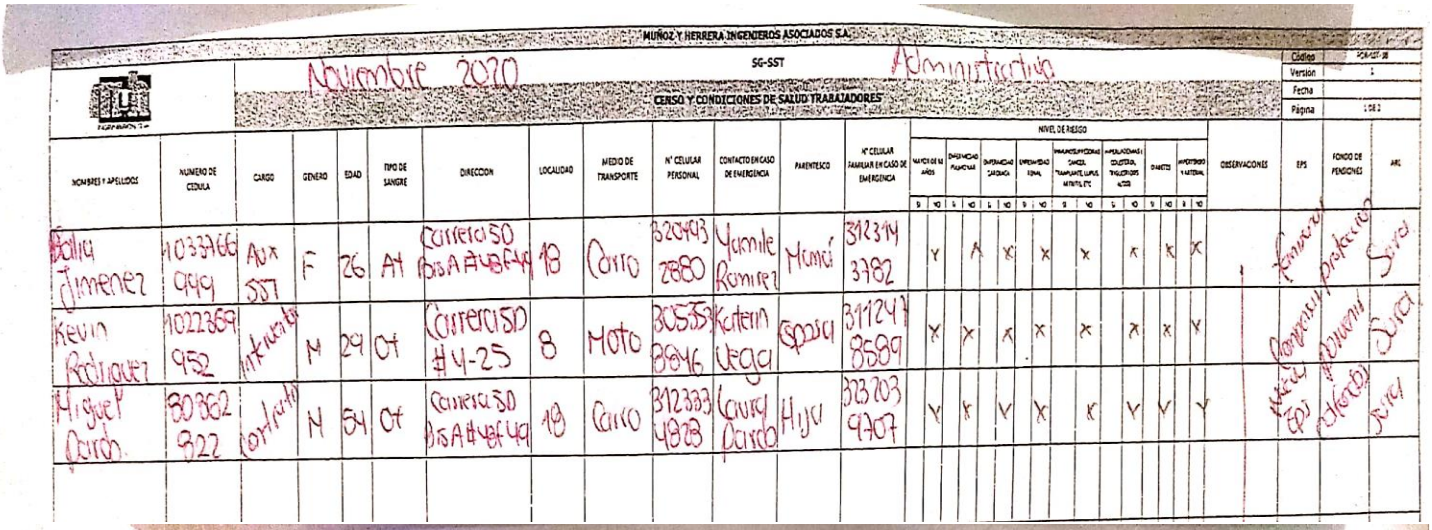
MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

11 Noviembre 2020 — SG-SST — Administrativo

CENSO Y CONDICIONES DE SALUD TRABAJADORES

Código: FOR-SST-18 | Versión: 1 | Fecha | Página: 1 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	Nº CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	Nº CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Dalia Jimenez	1032966999	AUX SST	F	26	A+	Carrera 50 BIS A # 48 F-49	18	Carro	3204932880	Yamile Ramirez	Mamá	3172143782			Emssanar	Protección	Sura
Roberto Ocelle	93293788	Ing.	N	54	O+	Carrera 81 D #46-85 Sur	7	Carro	3133772964	Edith Osorio	Mamá	3133817722			Compensar	Porvenir	Sura
Katerin Rivera	/	Ingeniera	F	29	O+	/	/	Carro	/	/	Mamá	/			/	/	/
Kevin Rodriguez	1022385952	Interv.	N	24	O+	Carrera 50 #4-25	8	Carro	3053558846	Katerin Vega	Esposa	3112478589			Compensar	Porvenir	Sura



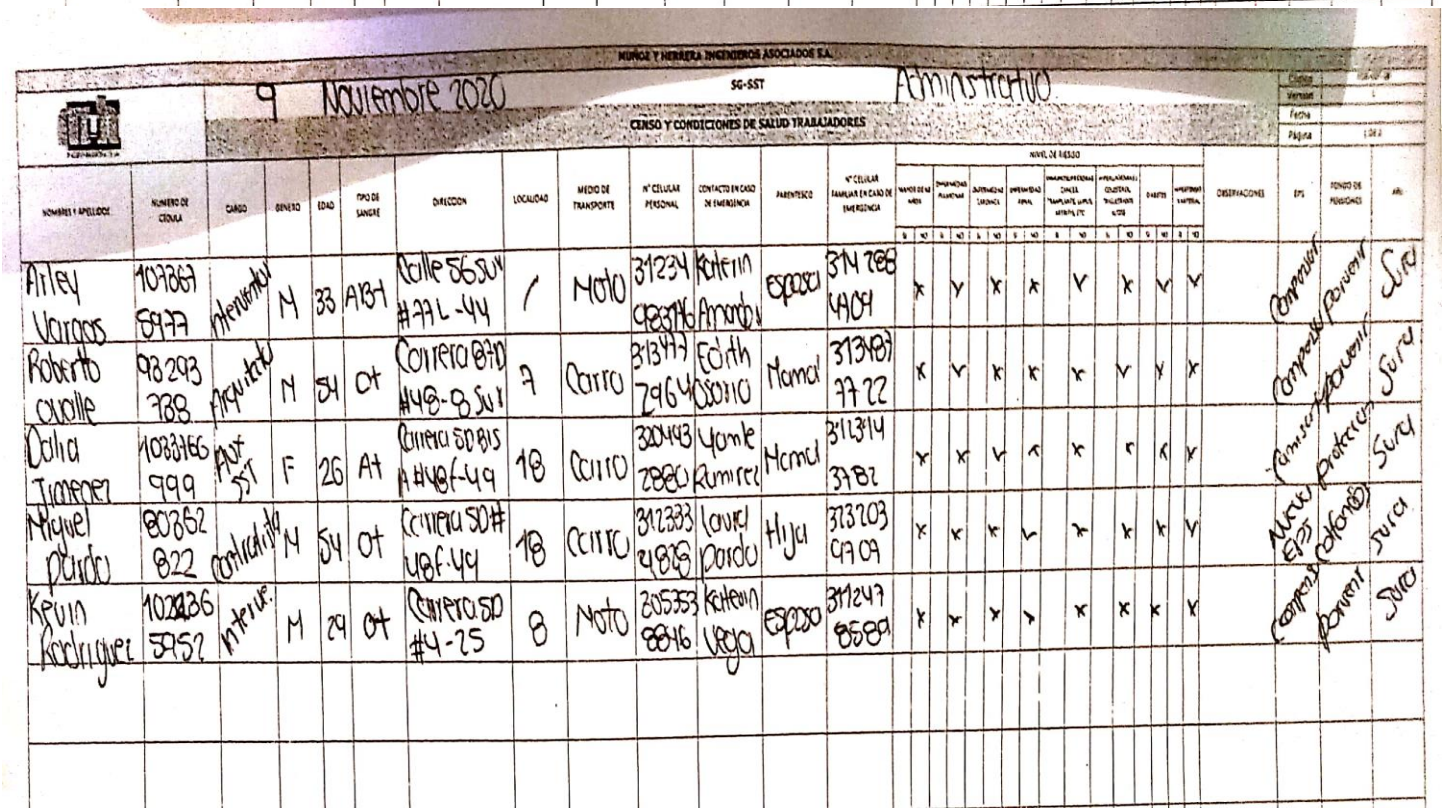
MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

SG-SST

Noviembre 2020 — Administrativo

CENSO Y CONDICIONES DE SALUD TRABAJADORES

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	N° CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	N° CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Dalia Jimenez	1033966 999	Aux SST	F	26	A+	Carrera 50 BisA #48f-49	18	Carro	320443 2880	Yamile Ramirez	Mamá	312314 3782			Famisanar	Protección	Sura
Kevin Rodriguez	1022369 952	Instructor	M	29	O+	Carrera 50 #4-25	8	Moto	305353 8816	Katerin Vega	Esposa	311247 8589			Compensar	Protección	Sura
Miguel Pardo	80852 822	Contratista	M	54	O+	Carrera 50 BisA #48f-49	18	Carro	312333 4828	Laura Pardo	Hija	323203 9707			Nueva EPS	Colfondos	Sura



MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

SG-SST

9 Noviembre 2020 — Administrativo

CENSO Y CONDICIONES DE SALUD TRABAJADORES

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	GENERO	EDAD	TIPO DE SANGRE	DIRECCION	LOCALIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	N° CELULAR PERSONAL	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	N° CELULAR FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA	NIVEL DE RIESGO	OBSERVACIONES	EPS	FONDO DE PENSIONES	ARL
Arley Vargas	107867 5977	Interventor	M	33	AB+	Calle 56 Sur #77L-44	1	Moto	31234 9837	Katerin Amorocho	Esposa	314 788 4409			Compensar	Porvenir	Sura
Roberto Criollo	98293 789	Arquitecto	M	54	O+	Carrera 87D #48-85 Sur	7	Carro	313477 2964	Edith Osorio	Mamá	313483 7722			Compensar	Porvenir	Sura
Dalia Jimenez	1033966 999	Aux SST	F	26	A+	Carrera 50 Bis A #48f-49	18	Carro	320443 2880	Yamile Ramirez	Mamá	312314 3782			Famisanar	Protección	Sura
Miguel Pardo	80852 822	Contratista	M	54	O+	Carrera 50 #48f-49	18	Carro	312333 4828	Laura Pardo	Hija	323203 9709			Nueva EPS	Colfondos	Sura
Kevin Rodriguez	1022369 952	Instructor	M	29	O+	Carrera 50 #4-25	8	Moto	305353 8816	Katerin Vega	Esposa	311247 8589			Compensar	Porvenir	Sura

5. FT-SST-003 CONTROL DE ASISTENCIA y MTZ-SST-006 MATRIZ DE CAPACITACIONES.

	FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Código: SGI-012
		Versión: 0.2
		Vigencia: 05/10/17

TEMA: Medidas de Manejo Ambiental

CONTENIDO PROGRAMÁTICO: No dañar las plantas, el ahorro del agua. Buenas practicas de reciclaje. Manejo de sustancias quimicas

OBJETIVOS: Dar Cumplimiento al componente de SG SST.

FECHA 14-NOV-20 HORA 7:00 INTENSIDAD 20 Minutos.

NOMBRE	DOCUMENTO	FIRMA
Orlando Acosta	8700635	ORLANDO ACOSTA
Silvio Pedroso	7151652	
Gustavo Pardo	1010205388	
Orlando Pardo	1023972541	
Ronald Hurtado	1013037726	Ronald. M
Reynaldo Cc 120	79978313	
Jhonatan Silva	1116547541	Jhon
Paul Guerrero	0245338402	
Humberto Parada	1033698474	
Fabian Burgos Urrego	1033754713	Fabian B.
Aristoteles Maldonado	1033763733	Aristoteles M. C.

	FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Código: SGI-012
		Versión: 0.2
		Vigencia: 05/10/17

TEMA: Riesgo Biologico

CONTENIDO PROGRAMÁTICO: Adecuado manejo de los epps desechados Picaduras de insectos Mosquitos.

OBJETIVOS: Dar Cumplimiento al componente de SST

FECHA 14 Noviembre HORA 7:00. INTENSIDAD 20 Minutos

NOMBRE	DOCUMENTO	FIRMA
Jhonatan Silva	1110547542	Jhonatan Silva.
Ronald Noguera	1023032226.	Ronald. M
Reynaldo Cotzo	79978313	
Nelson Fuentes	1023872591	Nelson
Raul Urrego.	1074538402	
Humberto Duque.	1033698474	
Fabian B. Urrego	1033754123	Fabian B.
Hasleidy Nuñez	1033763133	Hasleidy N. C.
Orlando Acosta	8700635.	Orlando Acosta
Gilson Pedraza	7151652	
Gustavo Parada	1010205888	

6. REGISTRO FOTOGRAFICO

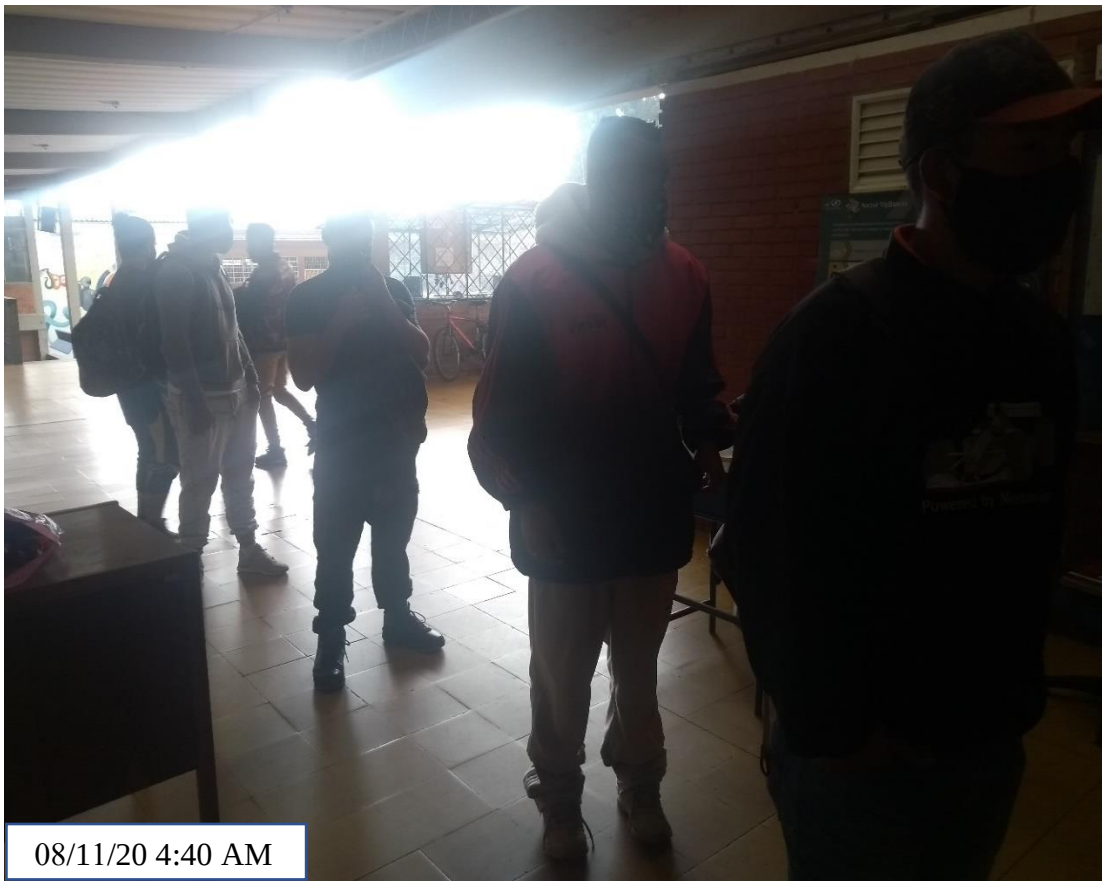
✓ Toma de temperatura



Lavado de manos



Aislamiento social

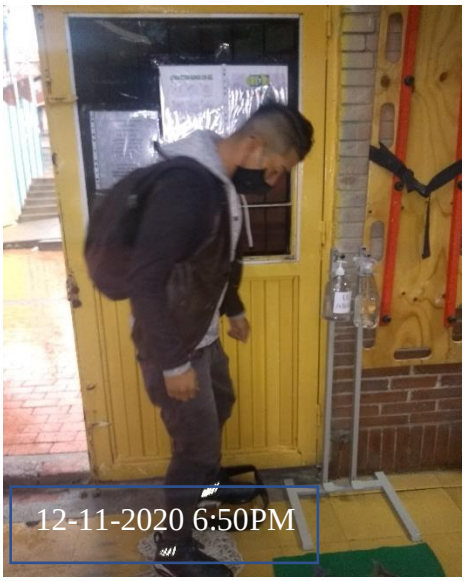


✓ Limpieza y desinfección

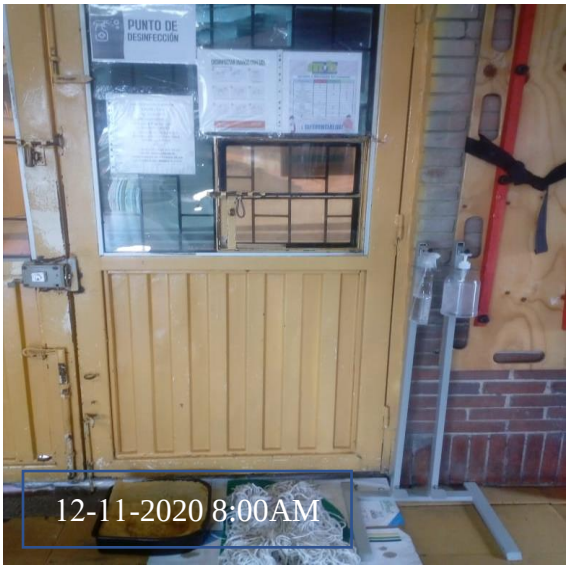
Desinfección de Manos



Desinfección de manos



✓ Punto de desinfección



✓ Punto ecológico



✓ Almacenamiento de insumos para limpieza y desinfección, hojas de seguridad y etiquetas de los productos.





- ✓ Afiches y/o carteleras



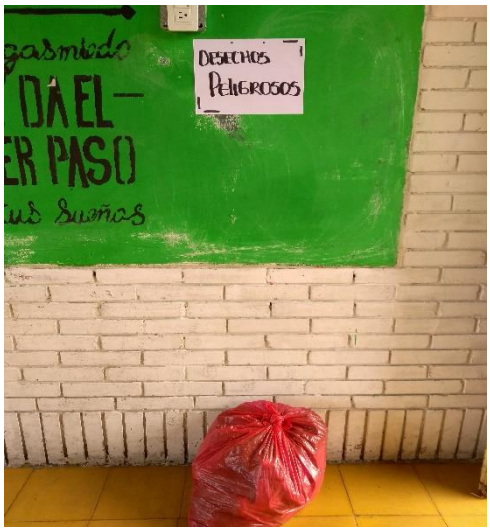
- ✓ Orden y aseo en el campamento



Punto de Botiquín



Punto de Desechos peligros



Punto de Sustancias Quimicas



Punto de Hidratacion



	INFORMES SEMANALES Y/O MENSUALES IMPLEMENTACIÓN PROTOCOLO BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	PRO-SST-18
		VERSIÓN	1
		FECHA	25/10/2020

Registro de Cambios al Documento			
Versión	**Fecha**	**Descripción del cambio**	**Autor**
1.0	03/06/2020	Versión de Lanzamiento	Dinámika Consultoría

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombre: Dinámika Consultoría	Nombre: Martha Alvis	Nombre: Ricardo Herrera
Cargo: Asesor SGSST	Cargo: Responsable SG-SST	Cargo: Representante Legal
Fecha: 03/06/2020	Fecha: 03/06/2020	Fecha: 03/06/2020

Nombres Responsables SST en obra	Cedula	Cargo:	Firma
Katherine Rivera Z	1035865704	Inspectora SSTMA-CALIDAD	
Angy Liliana Sua Cadena	1.023.910.237	Inspectora SGSST	

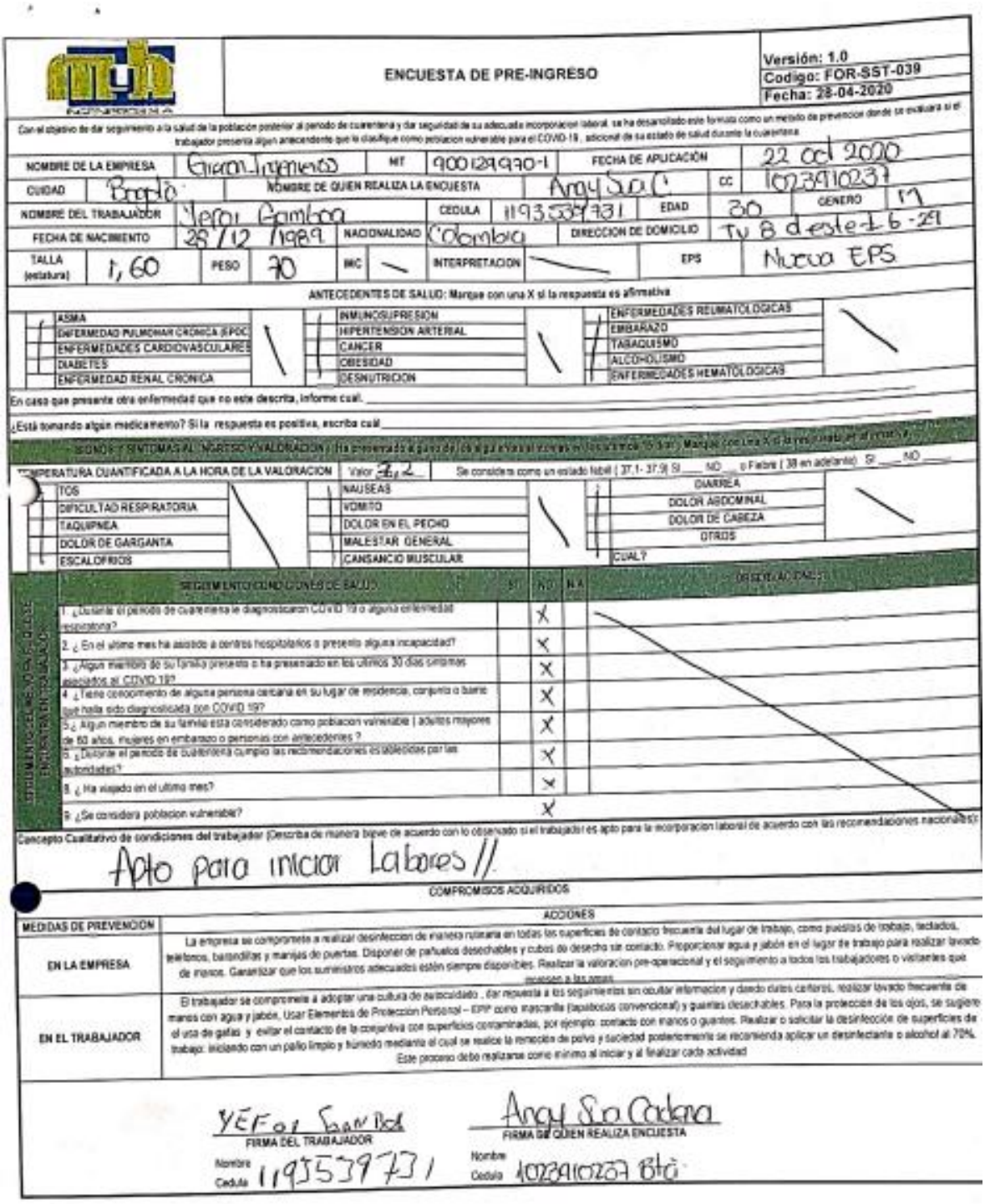
Contenido

1. OBJETIVO 3
2. FT- SST- 039 ENCUESTA PRE-INGRESO 4
3. FT- SST- 037 CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID-19 15
4. FT-SST-040 LIMPIEZA Y DESINFECCION 31
5. FT-SST-016 ENTREGA DE EPP 33
6. FT-SST-017 INSPECCION DE EPP ..... **¡Error! Marcador no definido.**
7. FT-SST-018 CENSO Y CONDICIONES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES 33
8. FT-SST-003 CONTROL DE ASISTENCIA y MTZ-SST-006 MATRIZ DE CAPACITACIONES. 58
9. REGISTRO FOTOGRAFICO 80

1. OBJETIVO

Llevar a cabo la trazabilidad de la implementación del protocolo de bioseguridad para de igual forma cumplir a cabalidad con el mismo y prevenir cualquier contagio dentro de las obras.

2. FT- SST- 039 ENCUESTA PRE-INGRESO



ENCUESTA DE PRE-INGRESO

Versión: 1.0
Codigo: FOR-SST-039
Fecha: 28-04-2020

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la población posterior al periodo de cuarentena y dar seguridad de su adecuada incorporacion laboral, se ha desarrollado este formato como un metodo de prevencion donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecedente que lo clasifique como poblacion vulnerable para el COVID-19, adicional de su estado de salud durante la cuarentena

NOMBRE DE LA EMPRESA	Gyh Ingenieros	NIT	900129970-1	FECHA DE APLICACIÓN	22 oct 2020		
CIUDAD	Bogotá	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA		Angy Sua C	CC	1023910237	
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Yefri Gamboa	CEDULA	1193539731	EDAD	30	GENERO	M
FECHA DE NACIMIENTO	28/12/1989	NACIONALIDAD	Colombia	DIRECCION DE DOMICILIO	Tv 8 d este 16-29		
TALLA (estatura)	1,60	PESO	70	IMC		INTERPRETACION		EPS	Nueva EPS

ANTECEDENTES DE SALUD: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

ASMA		INMUNOSUPRESION		ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS	
ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (EPOC)		HIPERTENSION ARTERIAL		EMBARAZO	
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	\	CANCER	\	TABAQUISMO	\
DIABETES		OBESIDAD		ALCOHOLISMO	
ENFERMEDAD RENAL CRONICA		DESNUTRICION		ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual: _____

¿Está tomando algun medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cual _____

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO Y VALORACION | Ha presentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días? Marque con una X si la respuesta es afirmativa

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACION | Valor 37,2 | Se considera como un estado febril [37,1- 37,9] SI ___ NO ___ o Fiebre [38 en adelante] SI ___ NO ___

TOS		NAUSEAS		DIARREA	
DIFICULTAD RESPIRATORIA		VOMITO		DOLOR ABDOMINAL	
TAQUIPNEA	\	DOLOR EN EL PECHO	\	DOLOR DE CABEZA	\
DOLOR DE GARGANTA		MALESTAR GENERAL		OTROS	
ESCALOFRIOS		CANSANCIO MUSCULAR		CUAL?	

SEGUIMIENTO CLINICO CASOS DE SALUD

	SI	NO	N A	OBSERVACIONES
1. ¿Durante el periodo de cuarentena le diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?		X		
2. ¿ En el ultimo mes ha asistido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?		X		
3. ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 dias sintomas asociados al COVID 19?		X		
4. ¿Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que haya sido diagnosticada con COVID 19?		X		
5. ¿ Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes ?		X		
6. ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?		X		
8. ¿ Ha viajado en el ultimo mes?		X		
9. ¿Se considera poblacion vulnerable?		X		

Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones nacionales):

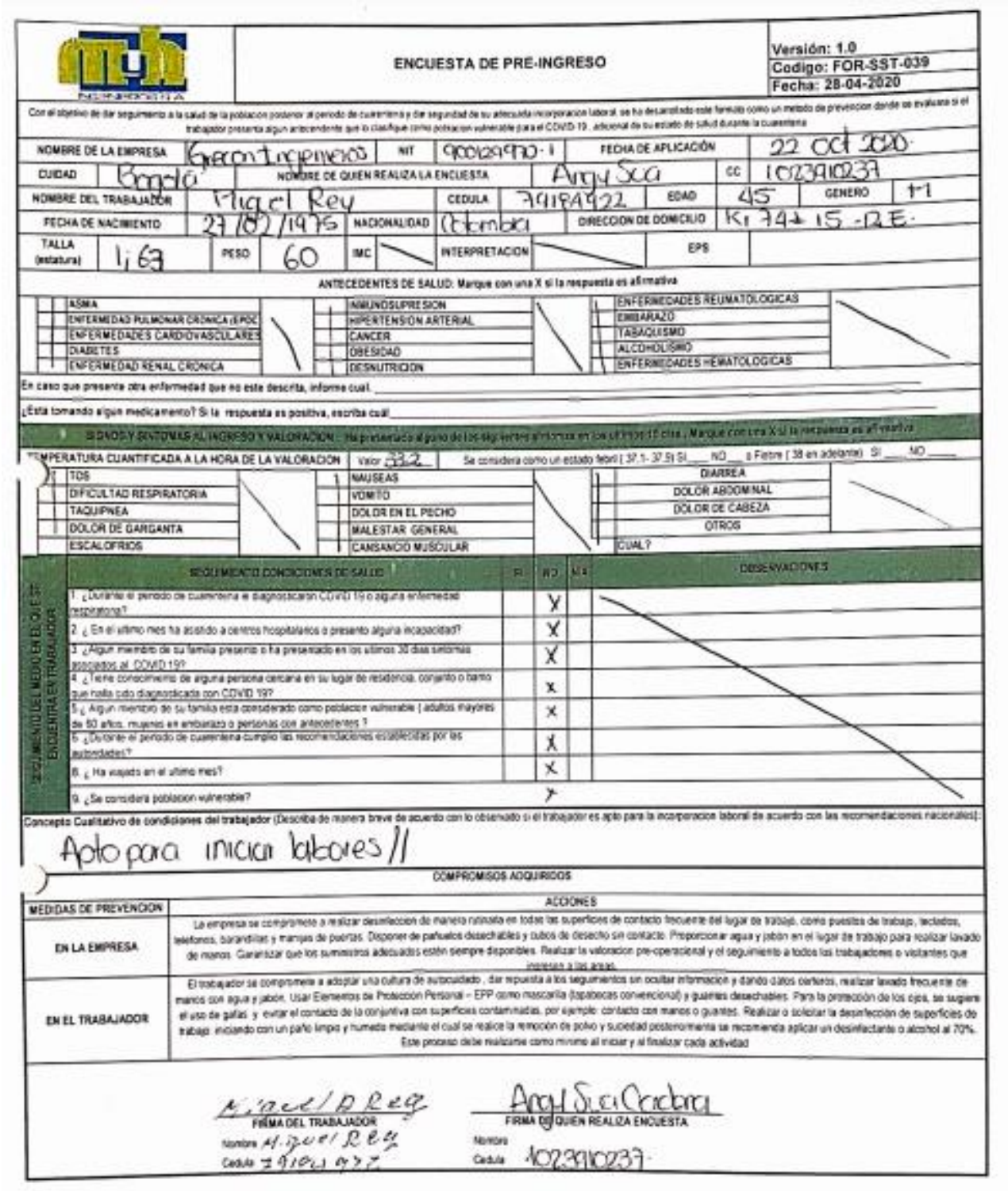
Apto para iniciar Labores //

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE PREVENCION	ACCIONES
EN LA EMPRESA	La empresa se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo, como puestos de trabajo, teclados, telefonos, barandillas y manijas de puertas. Disponer de pañuelos desechables y cubos de desecho sin contacto. Proporcionar agua y jabón en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos. Garantizar que los suministros adecuados estén siempre disponibles. Realizar la valoracion pre-operacional y el seguimiento a todos los trabajadores o visitantes que ingresen a las obras
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado , dar respuesta a los seguimientos sin ocultar información y dando datos certeros, realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón, Usar Elementos de Proteccion Personal – EPP como mascarilla (quirúrgica convencional) y guantes desechables. Para la proteccion de los ojos, se sugiere el uso de gafas y evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo: contacto con manos o guantes. Realizar o solicitar la desinfección de superficies de trabajo: iniciando con un paño limpio y húmedo mediante el cual se realice la remoción de polvo y suciedad posteriormente se recomienda aplicar un desinfectante o alcohol al 70%. Este proceso debe realizarse como mínimo al iniciar y al finalizar cada actividad

Yefri Gamboa
FIRMA DEL TRABAJADOR
Nombre
Cedula 1193539731

Angy Sua Cardona
FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA
Nombre
Cedula 1023910237 Bta



ENCUESTA DE PRE-INGRESO

Versión: 1.0
Codigo: FOR-SST-039
Fecha: 28-04-2020

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la poblacion posterior al periodo de cuarentena y dar seguridad de su adecuada incorporacion laboral, se ha desarrollado este formato como un metodo de prevencion donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecedente que lo clasifique como poblacion vulnerable para el COVID 19 , adicional de su estado de salud durante la cuarentena

NOMBRE DE LA EMPRESA	Grecon Ingenieros	NIT	900129790-1	FECHA DE APLICACIÓN	22 OCT 2020		
CIUDAD	Bogotá	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA	Argy Sua	CC	1023910237		
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Miguel Rey	CEDULA	79184922	EDAD	45	GENERO	M
FECHA DE NACIMIENTO	27/08/1975	NACIONALIDAD	Colombia	DIRECCION DE DOMICILIO	Kr 74 a 15 - 12 E		
TALLA (estatura)	1,63	PESO	60	IMC		INTERPRETACION		EPS	

ANTECEDENTES DE SALUD: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

	ASMA		INMUNOSUPRESION		ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS
	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (EPOC)		HIPERTENSION ARTERIAL		EMBARAZO
	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES		CANCER		TABAQUISMO
	DIABETES		OBESIDAD		ALCOHOLISMO
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA		DESNUTRICION		ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual: _____

¿Esta tomando algun medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cual: _____

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO Y VALORACION - Ha presentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días , Marque con una X si la respuesta es afirmativa

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACION | Valor: 37.2 | Se considera como un estado febril [37.1- 37.5] SI ___ NO ___ ¿ Fiebre [38 en adelante] SI ___ NO ___

	TOS		NAUSEAS		DIARREA		
	DIFICULTAD RESPIRATORIA		VOMITO		DOLOR ABDOMINAL		
	TAQUIPNEA		DOLOR EN EL PECHO		DOLOR DE CABEZA		
	DOLOR DE GARGANTA		MALESTAR GENERAL		OTROS		
	ESCALOFRIOS		CANSANCIO MUSCULAR		CUAL?		

SEGUIMIENTO DEL MEDIO EN EL QUE SE ENCUENTRA EL TRABAJADOR

SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1. ¿Durante el periodo de cuarentena se diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?		X		
2. ¿ En el ultimo mes ha asistido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?		X		
3. ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 dias sintomas asociados al COVID 19?		X		
4. ¿Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que haya sido diagnosticada con COVID 19?		X		
5. ¿ Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes ?		X		
6. ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?		X		
8. ¿ Ha viajado en el ultimo mes?		X		
9. ¿Se considera poblacion vulnerable?		X		

Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones nacionales):

Apto para iniciar labores //

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE PREVENCION	ACCIONES
EN LA EMPRESA	La empresa se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo, como puestos de trabajo, teclados, telefonos, barandillas y manijas de puertas. Disponer de pañuelos desechables y cubos de desecho sin contacto. Proporcionar agua y jabon en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos. Garantizar que los suministros adecuados estén siempre disponibles. Realizar la valoracion pre-operacional y el seguimiento a todos los trabajadores o visitantes que ingresen a las areas.
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado , dar repuesta a los seguimientos sin ocultar información y dando datos ciertos, realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón. Usar Elementos de Protección Personal – EPP como mascarilla (tapabocas convencional) y guantes desechables. Para la protección de los ojos, se sugiere el uso de gafas y evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo: contacto con manos o guantes. Realizar o solicitar la desinfección de superficies de trabajo iniciando con un paño limpio y humedo mediante el cual se realice la remoción de polvo y suciedad posteriormente se recomienda aplicar un desinfectante o alcohol al 70%. Este proceso debe realizarse como mínimo al iniciar y al finalizar cada actividad

Miguel Rey
FIRMA DEL TRABAJADOR
Nombre Miguel Rey
Cedula 79184922

Argy Sua Cardona
FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA
Nombre
Cedula 1023910237

ENCUESTA DE PRE-INGRESO

Versión: 1.0
Codigo: FOR-SST-039
Fecha: 28-04-2020

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la poblacion posterior al periodo de cuarentena y dar seguridad de su adecuada incorporacion laboral, se ha desarrollado este formato como un metodo de prevencion donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecedente que lo clasifique como poblacion vulnerable para el COVID-19 , adicional de su estado de salud durante la cuarentena.

NOMBRE DE LA EMPRESA	Grecon Ingenieros	NIT	900129970-1	FECHA DE APLICACIÓN	21 oct 2020		
CIUDAD	Bogotá	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA	Angy Sua	CC	1023910237		
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Wilson Peña	CEDULA	80113451	EDAD	38	GENERO	M
FECHA DE NACIMIENTO	20/ Nov / 1981	NACIONALIDAD	Colombia	DIRECCION DE DOMICILIO	Cr 1g + 48 r 71		
TALLA (estatura)	1.70	PESO	80	IMC		INTERPRETACION		EPS	Compensar

ANTECEDENTES DE SALUD: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

	ASMA		INMUNOSUPRESION		ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS		
	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (EPOC		HIPERTENSION ARTERIAL		EMBARAZO		
	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES		CANCER		TABAQUISMO		
	DIABETES		OBESIDAD		ALCOHOLISMO		
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA		DESNUTRICION		ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS		

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual: _____

¿Está tomando algún medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cual: _____

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO A VALORACION: Haga el relacionado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días. Marque con una X si la respuesta es afirmativa

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACION | Valor 35.1 | Se considera como un estado febril (37.1- 37.5) SI ___ NO ___ o Fiebre (38 en adelante) SI ___ NO ___

	TOS		NAUSEAS		DIARREA		
	DIFICULTAD RESPIRATORIA		VOMITO		DOLOR ABDOMINAL		
	TAQUIPNEA		DOLOR EN EL PECHO		DOLOR DE CABEZA		
	DOLOR DE GARGANTA		MALESTAR GENERAL		OTROS		
	ESCALOFRIOS		CANSANCIO MUSCULAR		CUAL?		

SEGUIMIENTO DE VIGENTES DE LA CUARENTENA EN TRABAJADORES

SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	N.A	OBSERVACIONES
1. ¿Durante el periodo de cuarentena le diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?		X		
2. ¿ En el ultimo mes ha asistido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?		X		
3. ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 dias sintomas asociados al COVID 19?		X		
4. ¿ Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que halla sido diagnosticada con COVID 19?		X		
5.¿ Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes ?		X		
6. ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?		X		
7. ¿ Ha viajado en el ultimo mes?		X		
8. ¿Se considera poblacion vulnerable?		X		

Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones nacionales):

Apto para inicio labores//

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE PREVENCION	ACCIONES
EN LA EMPRESA	La empresa se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo, como puestos de trabajo, teclados, telefonos, barandillas y manijas de puertas. Disponer de pañuelos desechables y cubos de desecho sin contacto. Proporcionar agua y jabon en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos. Garantizar que los suministros adecuados esten siempre disponibles. Realizar la valoracion pre-operacional y el seguimiento a todos los trabajadores o visitantes que ingresen a las obras.
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado , dar respuesta a los seguimientos sin ocultar información y dando datos certeros, realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón. Usar Elementos de Proteccion Personal – EPP como mascarilla (tapabocas convencional) y guantes desechables. Para la proteccion de los ojos, se sugiere el uso de gafas y evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo: contacto con manos o guantes. Realizar o solicitar la desinfección de superficies de trabajo iniciando con un paño limpio y húmedo mediante el cual se realice la remoción de polvo y suciedad posteriormente se recomienda aplicar un desinfectante o alcohol al 70%. Esta proceso debe realizarse como mínimo al iniciar y al finalizar cada actividad

FIRMA DEL TRABAJADOR
Nombre: Wilson Peña
Cedula: 80113451

Angy Sua Cadena
FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA
Nombre
Cedula 1023910237 Bta.

ENCUESTA DE PRE-INGRESO

Versión: 1.0
Codigo: FOR-SST-039
Fecha: 28-04-2020

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la población posterior al periodo de cuarentena y dar seguridad de su adecuada incorporacion laboral, se ha desarrollado este formato como un metodo de prevencion donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecedente que lo clasifique como poblacion vulnerable para el COVID-19, adicional de su estado de salud durante la cuarentena

NOMBRE DE LA EMPRESA	Gregon Ingenieros	NIT	900129770 - 1	FECHA DE APLICACIÓN	20 oct 2020				
CIUDAD	Bogotá	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA		Angy Sora C	CC	1023910237 Bta			
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Didier Rodriguez	CÉDULA	1020732123	EDAD	33	GENERO	M		
FECHA DE NACIMIENTO	11 / Mar / 1988	NACIONALIDAD	Colombia	DIRECCION DE DOMICILIO	Cl 156 d 15 a - 13.				
TALLA (estatura)	1,72	PESO	92.	IMC		INTERPRETACION		EPS	Fumisanar.

ANTECEDENTES DE SALUD: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

	ASMA		INMUNOSUPRESION		ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS
	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (EPOC)		HIPERTENSION ARTERIAL		EMBARAZO
	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES		CANCER		TABAQUISMO
	DIABETES		OBESIDAD		ALCOHOLISMO
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA		DESNUTRICION		ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual. _____

¿Está tomando algún medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cuál _____

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO Y VALORACION: Se preservara el aislamiento de quien presente alguno de los síntomas descritos a continuación. Marque con una X si la respuesta es afirmativa

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACION		Valor 36,2	Se considera como un estado febril (37,1- 37,9) SI ___ NO ___ o Fiebre (38 o en adelante) SI ___ NO ___		
	TOS		NAUSEAS		DIARREA
	DIFICULTAD RESPIRATORIA		VOMITO		DOLOR ABDOMINAL
	TAQUIPNEA		DOLOR EN EL PECHO		DOLOR DE CABEZA
	DOLOR DE GARGANTA		MALESTAR GENERAL		OTROS
	ESCALOFRIOS		CANSANCIO MUSCULAR		CUAL?

SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD

	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1. ¿Durante el periodo de cuarentena le diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?		X.		
2. ¿ En el último mes ha asistido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?		X.		
3. ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 dias sintomas asociados al COVID 19?		X.		
4. ¿Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que halla sido diagnosticada con COVID 19?		X.		
5.¿ Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes ?		X.		
6. ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?		X.		
8. ¿ Ha viajado en el último mes?		X.		
9. ¿Se considera poblacion vulnerable?		X.		

Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones nacionales):

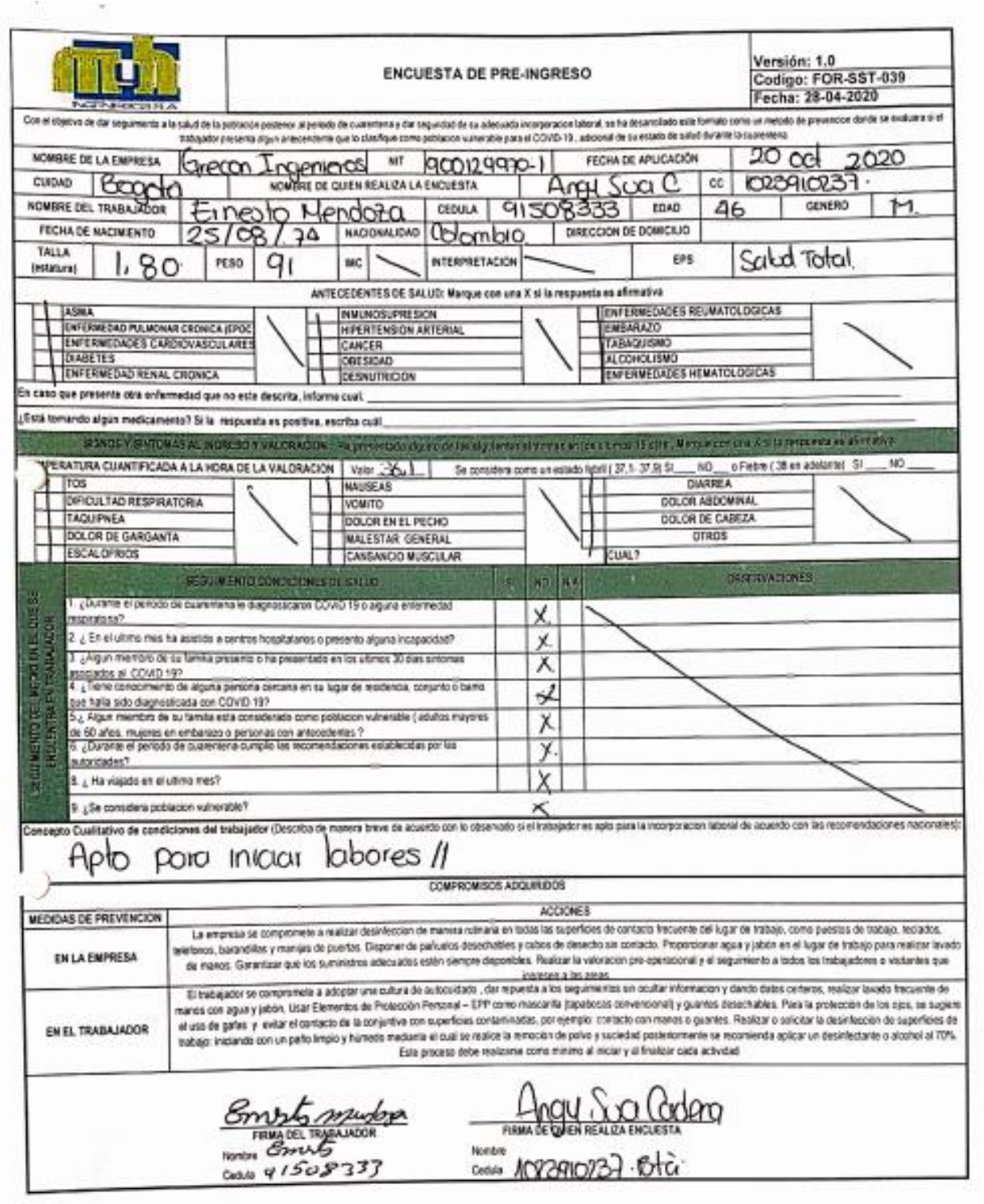
Segun encuesta realizada el trabajador apto para iniciar actividades

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE PREVENCION	ACCIONES
EN LA EMPRESA	La empresa se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo, como puestos de trabajo, teclados, telefonos, barandillas y manijas de puertas. Disponer de pañuelos desechables y cubos de desecho sin contacto. Proporcionar agua y jabón en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos. Garantizar que los suministros adecuados estén siempre disponibles. Realizar la valoracion pre-operacional y el seguimiento a todos los trabajadores o visitantes que ingresen a las obras
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado , dar reputa a los seguimientos sin ocultar información y dando datos certeros, realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón. Usar Elementos de Protección Personal – EPP como mascarilla (tapabocas convencional) y guantes desechables. Para la protección de los ojos, se sugiere el uso de gafas y evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo: contacto con manos o guantes. Realizar o solicitar la desinfección de superficies de trabajo: iniciando con un paño limpio y húmedo mediante el cual se realice la remoción de polvo y suciedad posteriormente se recomienda aplicar un desinfectante o alcohol al 70%. Este proceso debe realizarse como mínimo al iniciar y al finalizar cada actividad

Didier R
FIRMA DEL TRABAJADOR
Nombre DIDIER RODRIGUEZ
Cedula 1.020732.123

Angy Sora Cadena
FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA
Nombre
Cedula 1023910237



ENCUESTA DE PRE-INGRESO

Versión: 1.0
Codigo: FOR-SST-039
Fecha: 28-04-2020

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la poblacion posterior al periodo de cuarentena y dar seguridad de su adecuada incorporacion laboral, se ha desarrollado este formato como un metodo de prevencion donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecedente que lo clasifique como poblacion vulnerable para el COVID-19 , adicional de su estado de salud durante la cuarentena.

NOMBRE DE LA EMPRESA	Grecon Ingenieros	NIT	900129970-1	FECHA DE APLICACIÓN	20 oct 2020				
CIUDAD	Bogota	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA	Angi Sua C.	CC	1028910237				
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Ernesto Mendoza	CEDULA	91508333	EDAD	46	GENERO	M.		
FECHA DE NACIMIENTO	25/08/74	NACIONALIDAD	Colombia	DIRECCION DE DOMICILIO					
TALLA (Estatura)	1,80	PESO	91	IMC		INTERPRETACION		EPS	Salud Total

ANTECEDENTES DE SALUD: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

	ASMA		INMUNOSUPRESION		ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS		
	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (EPOC		HIPERTENSION ARTERIAL		EMBARAZO		
	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES		CANCER		TABAQUISMO		
	DIABETES		OBESIDAD		ALCOHOLISMO		
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA		DESNUTRICION		ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS		

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual. _____

¿Está tomando algun medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cual _____

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO Y VALORACION - Ha presentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días. Marque con una X si la respuesta es afirmativa

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACION | Valor 36,1 | Se considera como un estado febril (37,1- 37,9) SI___ NO___ o Fiebre (38 en adelante) SI___ NO___

	TOS		NAUSEAS		DIARREA		
	DIFICULTAD RESPIRATORIA		VOMITO		DOLOR ABDOMINAL		
	TAQUIPNEA		DOLOR EN EL PECHO		DOLOR DE CABEZA		
	DOLOR DE GARGANTA		MALESTAR GENERAL		OTROS		
	ESCALOFRIOS		CANSANCIO MUSCULAR		CUAL?		

SEGUIMIENTO DEL ESTADO EN EL QUE SE ENCUENTRA EL TRABAJADOR

SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD	S	NO	N A	OBSERVACIONES
1. ¿Durante el periodo de cuarentena le diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?		X		
2. ¿ En el ultimo mes ha asistido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?		X		
3. ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 dias sintomas asociados al COVID 19?		X		
4. ¿Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que halla sido diagnosticada con COVID 19?		X		
5. ¿ Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes ?		X		
6. ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?		X		
8. ¿ Ha viajado en el ultimo mes?		X		
9. ¿Se considera poblacion vulnerable?		X		

Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones nacionales):

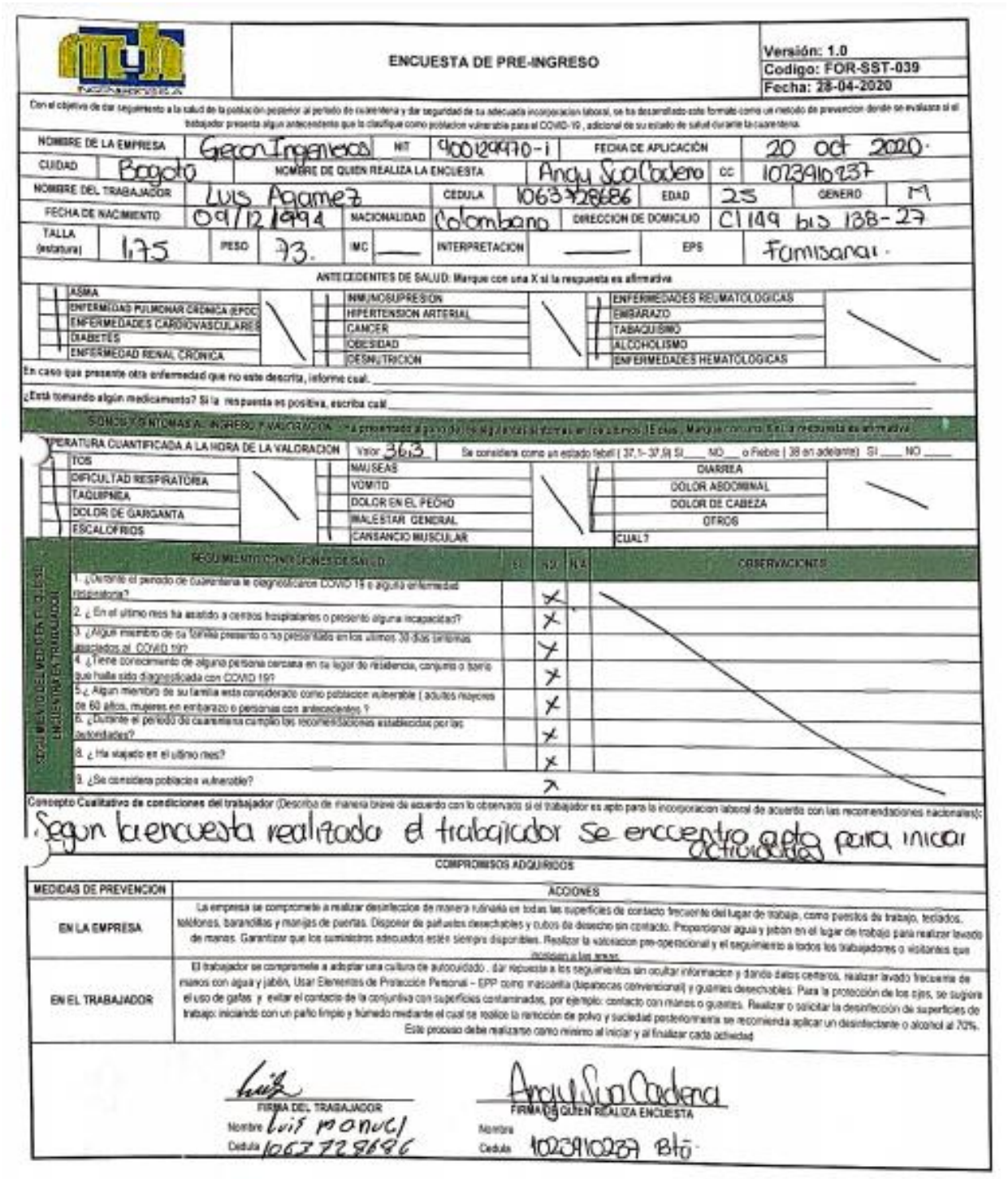
Apto para iniciar labores //

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE PREVENCION	ACCIONES
EN LA EMPRESA	La empresa se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo, como puestos de trabajo, teclados, telefonos, barandillas y manijas de puertas. Disponer de pañuelos desechables y cabos de desecho sin contacto. Proporcionar agua y jabón en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos. Garantizar que los suministros adecuados estén siempre disponibles. Realizar la valoracion pre-ocupacional y el seguimiento a todos los trabajadores o visitantes que ingresen a las areas
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado , dar repuesta a los seguimientos sin ocultar informacion y dando datos certeros, realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón. Usar Elementos de Protección Personal – EPP como mascarilla (tapabocas convencional) y guantes desechables. Para la proteccion de los ojos, se sugiere el uso de gafas y evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo: contacto con manos o guantes. Realizar o solicitar la desinfeccion de superficies de trabajo: iniciando con un paño limpio y humedo mediante el cual se realice la remocion de polvo y suciedad posteriormente se recomienda aplicar un desinfectante o alcohol al 70%. Esta proceso debe realizarse como minimo al iniciar y al finalizar cada actividad

Ernesto Mendoza
FIRMA DEL TRABAJADOR
Nombre Ernesto
Cedula 91508337

Angi Sua Cardona
FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA
Nombre
Cedula 1028910237 Bta



ENCUESTA DE PRE-INGRESO

Versión: 1.0
Codigo: FOR-SST-039
Fecha: 28-04-2020

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la población posterior al periodo de cuarentena y dar seguridad de su adecuada incorporación laboral, se ha desarrollado este formato como un método de prevención donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecedente que lo clasifique como población vulnerable para el COVID-19 , adicional de su estado de salud durante la cuarentena.

NOMBRE DE LA EMPRESA	Gecon Ingenieros	NIT	900124970-1	FECHA DE APLICACIÓN	20 oct 2020.		
CIUDAD	Bogota	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA	Angy Sua Cadena	CC	1023910237		
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Luis Agamez	CEDULA	1063728686	EDAD	25	GENERO	M
FECHA DE NACIMIENTO	09/12/1994	NACIONALIDAD	Colombiano	DIRECCION DE DOMICILIO	Cl 149 bis 138-27		
TALLA (estatura)	1,75	PESO	73.	IMC	____	INTERPRETACION	____
EPS	Famisanar.						

ANTECEDENTES DE SALUD: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

	ASMA		INMUNOSUPRESIÓN		ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS
	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (EPOC)		HIPERTENSION ARTERIAL		EMBARAZO
	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES		CANCER		TABAQUISMO
	DIABETES		OBESIDAD		ALCOHOLISMO
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA		DESNUTRICION		ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual: _____

¿Está tomando algún medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cuál _____

SINTOMAS AL INGRESO Y VALORACION: Ha presentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días. Marque con una X si la respuesta es afirmativa

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACION: Valor 36,3 — Se considera como un estado febril (37,1- 37,9) SI ____ NO ___ o Fiebre (38 en adelante) SI ____ NO ____

	TOS		NAUSEAS		DIARREA
	DIFICULTAD RESPIRATORIA		VOMITO		DOLOR ABDOMINAL
	TAQUIPNEA		DOLOR EN EL PECHO		DOLOR DE CABEZA
	DOLOR DE GARGANTA		MALESTAR GENERAL		OTROS
	ESCALOFRIOS		CANSANCIO MUSCULAR		CUAL?

SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	N.A	OBSERVACIONES
1. ¿Durante el periodo de cuarentena le diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?		X		
2. ¿ En el ultimo mes ha asistido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?		X		
3. ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 dias síntomas asociados al COVID 19?		X		
4. ¿Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que halla sido diagnosticada con COVID 19?		X		
5. ¿ Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes ?		X		
6. ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?		X		
8. ¿ Ha viajado en el ultimo mes?		X		
9. ¿Se considera poblacion vulnerable?		X		

Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones nacionales):

Segun la encuesta realizada el trabajador se encuentra apto para iniciar actividades

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE PREVENCION	ACCIONES
EN LA EMPRESA	La empresa se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo, como puestos de trabajo, teclados, teléfonos, barandillas y manijas de puertas. Disponer de paños desechables y cubos de desecho sin contacto. Proporcionar agua y jabon en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos. Garantizar que los suministros adecuados estén siempre disponibles. Realizar la valoracion pre-operacional y el seguimiento a todos los trabajadores o visitantes que ingresen a las sedes.
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado , dar respuesta a los seguimientos sin ocultar información y dando datos certeros, realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón, Usar Elementos de Protección Personal – EPP como mascarilla (tapabocas convencional) y guantes desechables. Para la protección de los ojos, se sugiere el uso de gafas y evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo: contacto con manos o guantes. Realizar o solicitar la desinfección de superficies de trabajo: iniciando con un paño limpio y húmedo mediante el cual se realice la remoción de polvo y suciedad posteriormente se recomienda aplicar un desinfectante o alcohol al 70%. Este proceso debe realizarse como mínimo al iniciar y al finalizar cada actividad

FIRMA DEL TRABAJADOR
Nombre Luis manuel
Cedula 1063728686

FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA
Nombre
Cedula 1023910237 Bta.

ENCUESTA DE PRE-INGRESO

Versión: 1.0
Codigo: FOR-SST-039
Fecha: 28-04-2020

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la poblacion posterior a periodo de cuarentena y de seguridad de su adecuada incorporacion laboral se ha desarrollado este formato como un instrumento de prevencion donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecedente que lo clasifique como poblacion vulnerable para el COVID-19 adicional de suministrar de salud durante la cuarentena

NOMBRE DE LA EMPRESA	Grecon Ingenieros	NIT	900219710-1	FECHA DE APLICACIÓN	20 oct 2020.				
CIUDAD	Bogotá	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA		Angy Sua C	CC	1023910237 Bta			
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Elder Lopez		CEDULA	78 111 613	EDAD	52	GENERO	M.	
FECHA DE NACIMIENTO	18 nov 1969	NACIONALIDAD	Colombiano	DIRECCION DE DOMICILIO	C. 151 # 132 B-36.				
TALLA (estatura)	1,65	PESO	67	IMC		INTERPRETACIÓN		EPS	Famisanar.

ANTECEDENTES DE SALUD Marque con una X si la respuesta es afirmativa

ASMA		INMUNOSUPRESION		ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS	
ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (EPOC)		HIPERTENSION ARTERIAL		EMBARAZO	
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES		CANCER		TABAQUISMO	
DIABETES		OBESIDAD		ALCOHOLISMO	
ENFERMEDAD RENAL CRONICA		DESNUTRICION		ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual: _____

¿Esta tomando algun medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cual: _____

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO Y VALORACION (Ha presentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días. Marque con una X si la respuesta es afirmativa)

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACION	Valor: 36,2	Se considera como un estado febril (37,1- 37,9) SI ____ NO ____ o Fiebre (38 en adelante) SI ____ NO ____			
TOS		NAUSEAS		DIARREA	
DIFICULTAD RESPIRATORIA		VOMITO		DOLOR ABDOMINAL	
TAQUIPNEA		DOLOR EN EL PECHO		DOLOR DE CABEZA	
DOLOR DE GARGANTA		MALESTAR GENERAL		OTROS	
ESCALOFRIOS		CANSANCIO MUSCULAR		CUAL?	

SEGUIMIENTO DE MEDIDAS EN EL QUE SE ENCUENTRA EL TRABAJADOR

SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	ATA	OBSERVACIONES
1. ¿Durante el periodo de cuarentena le diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?		X		
2. ¿ En el ultimo mes ha acudido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?		X		
3. ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 días síntomas asociados al COVID 19?		X		
4. ¿Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que haya sido diagnosticada con COVID 19?		X		
5. ¿ Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes) ?		X		
6. ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?		X		
8. ¿ Ha viajado en el ultimo mes?		X		
9. ¿Se considera poblacion vulnerable?		X		

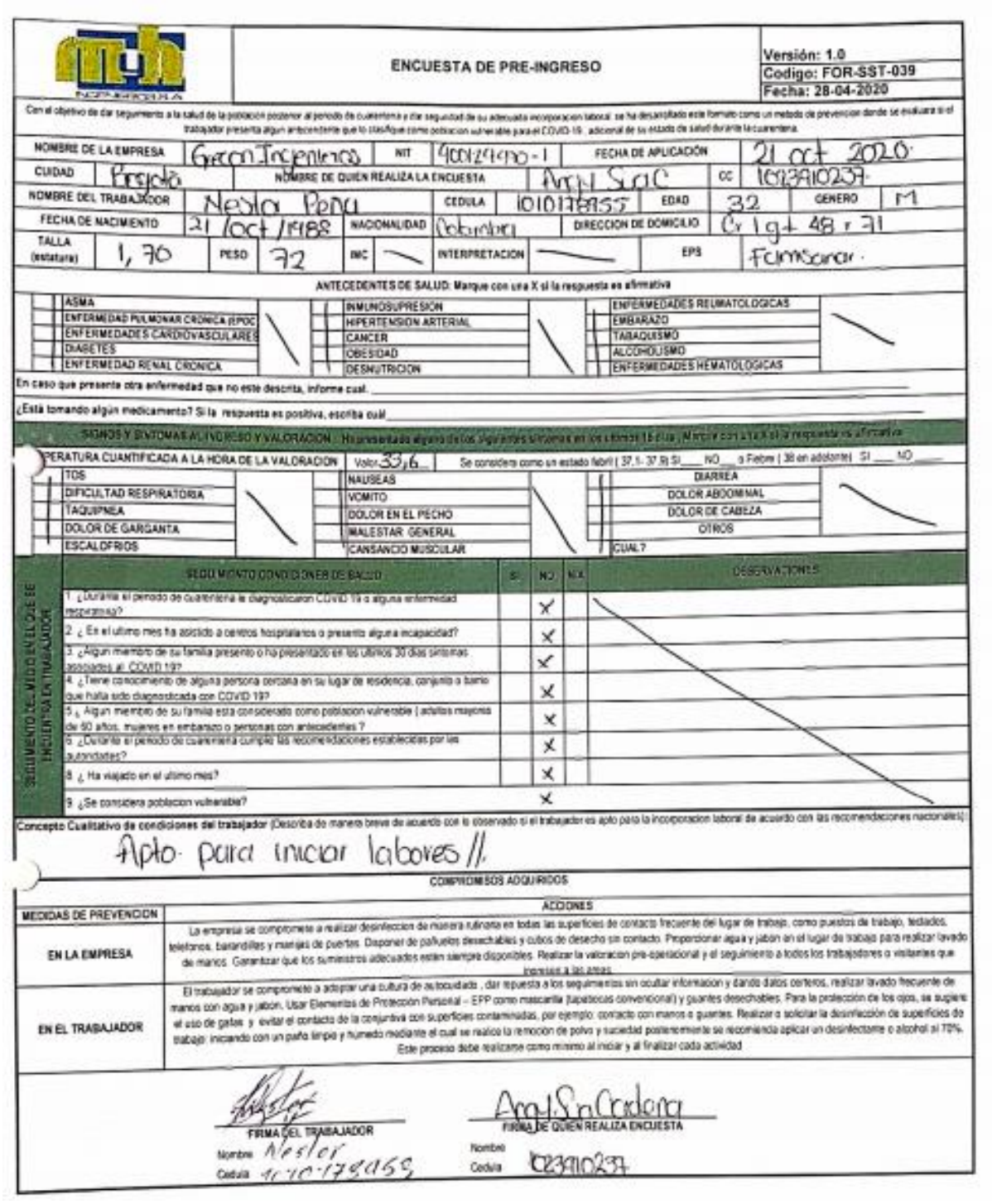
Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones nacionales):
Segun la encuesta realizada, se encuentra apto para iniciar labores

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE PREVENCION	ACCIONES
EN LA EMPRESA	La empresa se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo, como puestos de trabajo, teclados, telefonos, barandillas y manijas de puertas. Disponer de paños desechables y cubos de desecho sin contacto. Proporcionar agua y jabón en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos. Garantizar que los suministros adecuados esten siempre disponibles. Realizar la valoracion pre-operacional y el seguimiento a todos los trabajadores o visitantes que ingresen a las areas
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado , dar respuesta a los seguimientos sin ocultar información y dando datos fehacientes, realizar lavado frecuente de manos con agua y jabon. Usar Elementos de Protección Personal – EPP como mascarilla (tapabocas convencional) y guantes desechables. Para la protección de los ojos, se sugiere el uso de gafas y evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo contacto con manos o guantes. Realizar o solicitar la desinfección de superficies de trabajo, iniciando con un paño limpio y humedo mediante el cual se realice la remoción de polvo y suciedad posteriormente se recomienda aplicar un desinfectante o alcohol al 70%. Este proceso debe realizarse como mínimo al iniciar y al finalizar cada actividad

Elder Lopez
FIRMA DEL TRABAJADOR
Nombre
Cedula 78111613

Angy Sua Cardenas
FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA
Nombre
Cedula 1023910237 Bta.



ENCUESTA DE PRE-INGRESO

Versión: 1.0
Codigo: FOR-SST-039
Fecha: 28-04-2020

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la población posterior al periodo de cuarentena y dar seguridad de su adecuada incorporación laboral se ha desarrollado este formato como un metodo de prevencion donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecedente que lo clasifique como poblacion vulnerable para el COVID-19, adicional de su estado de salud durante la cuarentena.

NOMBRE DE LA EMPRESA	Gracon Ingenieros	NIT	900129490-1	FECHA DE APLICACIÓN	21 oct 2020		
CIUDAD	Bogotá	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA	Arq. Sac	CC	1013910237		
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Nestor Pena	CEDULA	1010178955	EDAD	32	GENERO	M
FECHA DE NACIMIENTO	21 Oct 1988	NACIONALIDAD	Colombiana	DIRECCION DE DOMICILIO	Cra 48 # 71		
TALLA (estatura)	1,70	PESO	72	IMC		INTERPRETACION		EPS	Famisanar

ANTECEDENTES DE SALUD: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

	ASMA		INMUNOSUPRESION		ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS
	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (EPOC		HIPERTENSION ARTERIAL		EMBARAZO
	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES		CANCER		TABAQUISMO
	DIABETES		OBESIDAD		ALCOHOLISMO
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA		DESNUTRICION		ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual. _____

¿Está tomando algun medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cuál _____

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO Y VALORACION: Ha presentado alguno de los siguientes síntomas en los ultimos 15 días. Marque con una X si la respuesta es afirmativa

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACION | Valor 33,6 | Se considera como un estado febril (37,1- 37,9) SI ___ NO ___ o Febril (38 en adelante) SI ___ NO ___

	TOS		NAUSEAS		DIARREA
	DIFICULTAD RESPIRATORIA		VOMITO		DOLOR ABDOMINAL
	TAQUIPNEA		DOLOR EN EL PECHO		DOLOR DE CABEZA
	DOLOR DE GARGANTA		MALESTAR GENERAL		OTROS
	ESCALOFRIOS		CANSANCIO MUSCULAR		CUAL?

SEGUIMIENTO DURANTE EL PERIODO DE INCAPACIDAD O AISLAMIENTO DEL TRABAJADOR

SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1. ¿Durante el periodo de cuarentena le diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?		X		
2. ¿ En el ultimo mes ha asistido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?		X		
3. ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 dias síntomas asociados al COVID 19?		X		
4. ¿Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que halla sido diagnosticada con COVID 19?		X		
5. ¿ Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes ?		X		
6. ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?		X		
8. ¿ Ha viajado en el ultimo mes?		X		
9. ¿Se considera poblacion vulnerable?		X		

Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones nacionales):

Apto para iniciar labores //.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE PREVENCION	ACCIONES
EN LA EMPRESA	La empresa se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo, como puestos de trabajo, teclados, telefonos, barandillas y manijas de puertas. Disponer de pañuelos desechables y cubos de desecho sin contacto. Proporcionar agua y jabón en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos. Garantizar que los suministros adecuados esten siempre disponibles. Realizar la valoracion pre-operacional y el seguimiento a todos los trabajadores o visitantes que ingresen a las obras.
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado , dar respuesta a los seguimientos sin ocultar información y dando datos certeros, realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón. Usar Elementos de Protección Personal – EPP como mascarilla (tapabocas convencional) y guantes desechables. Para la protección de los ojos, se sugiere el uso de gafas y evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo: contacto con manos o guantes. Realizar o solicitar la desinfección de superficies de trabajo: iniciando con un paño limpio y humedo mediante el cual se realice la remoción de polvo y suciedad posteriormente se recomienda aplicar un desinfectante o alcohol al 70%. Este proceso debe realizarse como mínimo al iniciar y al finalizar cada actividad

FIRMA DEL TRABAJADOR
Nombre Nestor
Cedula 1.010.178.955

Arq. Sac Cardona
FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA
Nombre
Cedula 1013910237

ENCUESTA DE PRE-INGRESO

Versión: 1.0
Codigo: FOR-SST-039
Fecha: 28-04-2020

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la poblacion posterior al periodo de cuarentena y dar seguridad de su adecuada incorporacion laboral, se ha desarrollado este formato como un metodo de prevencion donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecedente que lo clasifique como poblacion vulnerable para el COVID-19, adicional de su estado de salud durante la cuarentena.

NOMBRE DE LA EMPRESA	Energon Ingenieros	NIT	900184990-1	FECHA DE APLICACIÓN	22 oct 2020		
CIUDAD	Bogota	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA	Angy Sua C.	CC	1023910239-		
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Laurino Rios	CEDULA	78739582	EDAD	47	GENERO	M.
FECHA DE NACIMIENTO	19/02/1973	NACIONALIDAD	Colombiano	DIRECCION DE DOMICILIO	Kr 17 dat 81a 21 sur.		
TALLA (estatura)	1.62	PESO	91.	IMC		INTERPRETACION		EPS	Salud Total.

ANTECEDENTES DE SALUD: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

	ASMA		INMUNOSUPRESION		ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS
	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (EPOC		HIPERTENSION ARTERIAL		EMBARAZO
	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES		CANCER		TABAQUISMO
	DIABETES		OBESIDAD		ALCOHOLISMO
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA		DESNUTRICION		ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual: _____

¿Está tomando algún medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cuál: _____

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO Y VALORACION (Si presento alguno de los siguientes síntomas en los ultimos 15 días, Marque con una X en la respuesta afirmativa)

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACIÓN | Valor 33.7 | Se considera como un estado febril (37,1- 37,3) SI ___ NO ___ o Fiebre (38 en adelante) SI ___ NO ___

	TOS		NAUSEAS		DIARREA
	DIFICULTAD RESPIRATORIA		VOMITO		DOLOR ABDOMINAL
	TAQUIPNEA		DOLOR EN EL PECHO		DOLOR DE CABEZA
	DOLOR DE GARGANTA		MALESTAR GENERAL		OTROS
	ESCALOFRIOS		CANSANCIO MUSCULAR		CUAL?

SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD

SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA PERSONA EN TRABAJADOR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1. ¿Durante el periodo de cuarentena le diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?		X		
2. ¿ En el ultimo mes ha asistido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?		X		
3. ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 dias sintomas asociados al COVID 19?		X		
4. ¿Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que haiia sido diagnosticada con COVID 19?		X		
5. ¿ Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes ?		X		
6. ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?		X		
8. ¿ Ha viajado en el ultimo mes?		X		
9. ¿Se considera poblacion vulnerable?		X		

Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones nacionales):

Apto para iniciar labores. //

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE PREVENCION	ACCIONES
EN LA EMPRESA	La empresa se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo, como puestos de trabajo, teclados, telefonos, barandillas y manijas de puertas. Disponer de pañuelos desechables y cubos de desecho sin contacto. Proporcionar agua y jabon en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos. Garantizar que los suministros adecuados estén siempre disponibles. Realizar la valoracion pre-operacional y el seguimiento a todos los trabajadores o visitantes que ingresen a las obras
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado , dar reporte a los seguimientos sin ocultar informacion y dando datos certeros, realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón. Usar Elementos de Protección Personal – EPP como mascarilla (tapabocas convencional) y guantes desechables. Para la protección de los ojos, se sugiere el uso de gafas y evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo: contacto con manos o guantes. Realizar o solicitar la desinfección de superficies de trabajo: iniciando con un paño limpio y humedo mediante el cual se realiza la remoción de polvo y suciedad posteriormente se recomienda aplicar un desinfectante o alcohol al 70%. Esta proceso debe realizarse como mínimo al iniciar y al finalizar cada actividad

FIRMA DEL TRABAJADOR — Nombre: Laurino Rios — Cedula: 78739582

FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA — Nombre: Angy Sua Cardona — Cedula: 1023910239-

ENCUESTA DE PRE-INGRESO

Versión: 1.0
Codigo: FOR-SST-039
Fecha: 28-04-2020

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la población posterior al periodo de cuarentena y dar seguridad de su adecuada incorporación laboral, se ha desarrollado este formato como un método de prevención donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecedente que lo clasifique como población vulnerable para el COVID-19 , adicional de su estado de salud durante la cuarentena

NOMBRE DE LA EMPRESA	Giron Ingenieros	NIT	900129910-1	FECHA DE APLICACIÓN	20 oct 2020				
CIUDAD	Bogotá	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA		Angy Sua C.	CC	1023910237.			
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Rafael Ramos.	CEDULA	6014908	EDAD	37.	GENERO	M.		
FECHA DE NACIMIENTO	18 abril 82	NACIONALIDAD	Colombiano	DIRECCION DE DOMICILIO	Kr 91 a # 131 C 14.				
TALLA (estatura)	1,95.	PESO	98 kl	IMC		INTERPRETACION		EPS	Salud Total.

ANTECEDENTES DE SALUD: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

	ASMA		INMUNOSUPRESION		ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS		
	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (EPOC		HIPERTENSION ARTERIAL		EMBARAZO		
	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES		CANCER		TABAQUISMO		
	DIABETES		OBESIDAD		ALCOHOLISMO		
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA		DESNUTRICION		ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS		

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual. _____

¿Está tomando algún medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cuál _____

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO Y VALORACION: Al preguntar a la persona si ha tenido en los últimos 15 días: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACION		Valor 32.4.		Se considera como un estado febril (37,1- 37,9) SI ___ NO ___ o Fiebre (38 en adelante) SI ___ NO ___			
	TOS		NAUSEAS		DIARREA		
	DIFICULTAD RESPIRATORIA		VÓMITO		DOLOR ABDOMINAL		
	TAQUIPNEA		DOLOR EN EL PECHO		DOLOR DE CABEZA		
	DOLOR DE GARGANTA		MALESTAR GENERAL		OTROS		
	ESCALOFRIOS		CANSANCIO MUSCULAR		CUAL?		

SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1. ¿Durante el periodo de cuarentena le diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?		X		
2. ¿ En el último mes ha asistido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?	X			incapacidad. 3 días. Por Enfermedad General
3. ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 días síntomas asociados al COVID 19?		X.		
4. ¿Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que halla sido diagnosticada con COVID 19?		X		
5. ¿ Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes ?		X.		
6. ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?		X		
8. ¿ Ha viajado en el último mes?		X.		
9. ¿Se considera poblacion vulnerable?		X.		

Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones nacionales):

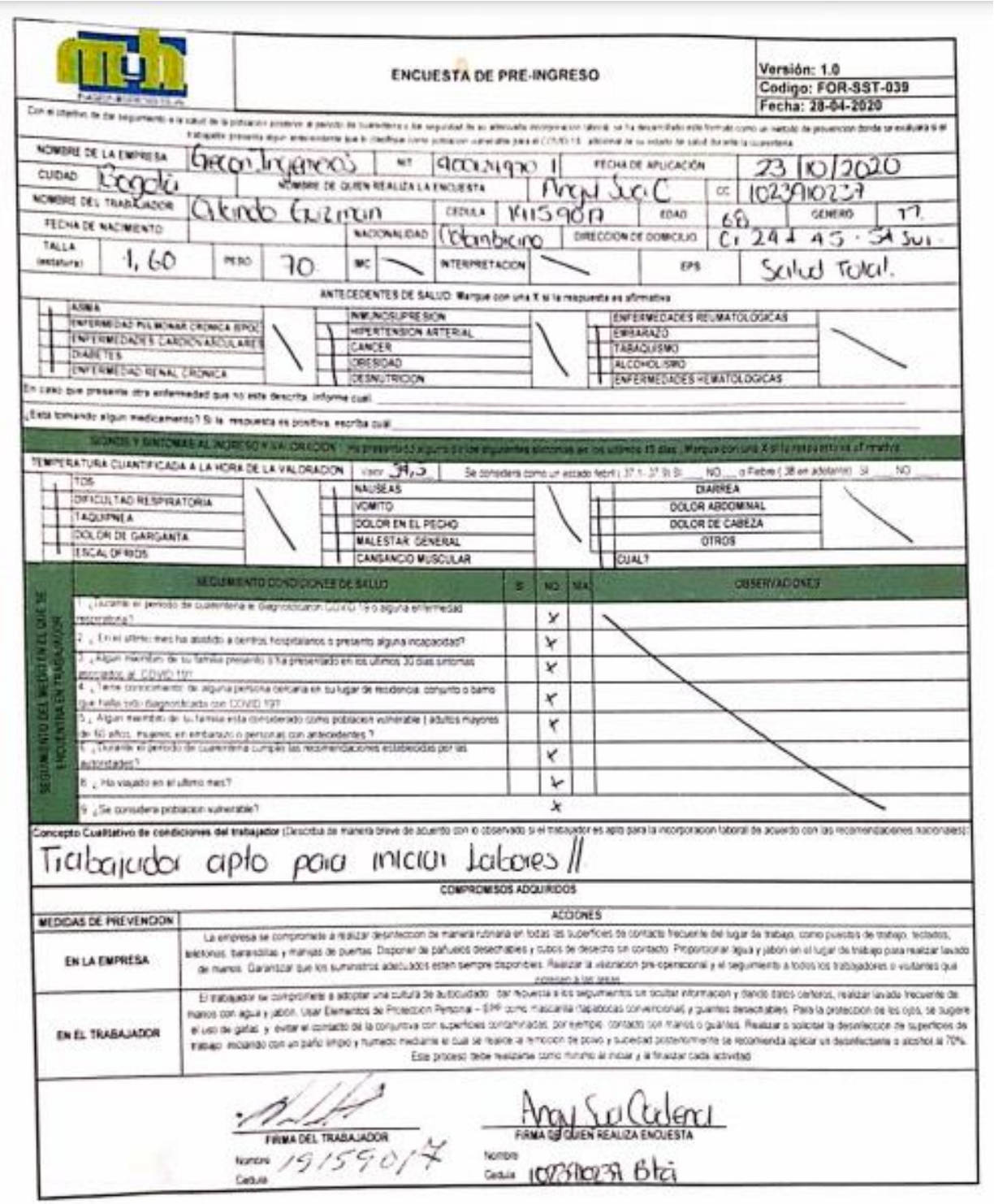
Según encuesta realizada el trabajador es apto para inicial actividades /

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE PREVENCION	ACCIONES
EN LA EMPRESA	La empresa se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo, como puestos de trabajo, teclados, telefonos, barandillas y manijas de puertas. Disponer de pañuelos desechables y cubos de desecho sin contacto. Proporcionar agua y jabon en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos. Garantizar que los suministros adecuados estén siempre disponibles. Realizar la valoracion pre-operacional y el seguimiento a todos los trabajadores o visitantes que ingresen a las areas.
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado , dar respuesta a los seguimientos sin ocultar información y dando datos certeros, realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón, Usar Elementos de Protección Personal – EPP como mascarilla (tapabocas convencional) y guantes desechables. Para la protección de los ojos, se sugiere el uso de gafas y evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo: contacto con manos o guantes. Realizar o solicitar la desinfección de superficies de trabajo: iniciando con un paño limpio y húmedo mediante el cual se realiza la remoción de polvo y suciedad posteriormente se recomienda aplicar un desinfectante o alcohol al 70%. Este proceso debe realizarse como mínimo al iniciar y al finalizar cada actividad

FIRMA DEL TRABAJADOR
Nombre Rafael Ramos
Cedula 6014908

FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA
Angy Sua Cadena
Nombre
Cedula 1023910237 Btá.



ENCUESTA DE PRE-INGRESO

Versión: 1.0
Codigo: FOR-SST-039
Fecha: 28-04-2020

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la población posterior al periodo de cuarentena y dar seguridad de su adecuada incorporación laboral se ha desarrollado este formato como un método de prevención donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecedente que lo clasifique como población vulnerable para el COVID-19, adicional de su estado de salud durante la cuarentena.

NOMBRE DE LA EMPRESA	Geco Ingenieros	NIT	900411990 1	FECHA DE APLICACIÓN	23/10/2020		
CIUDAD	Bogotá	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA	Angi Sua C	CC	1023910237		
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Orlando Guzman	CEDULA	1115901	EDAD	68	GENERO	M
FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD	Colombiano	DIRECCION DE DOMICILIO	Cl 241 45 - 54 Sur		
TALLA (metros)	1,60	PESO	70	IMC		INTERPRETACION		EPS	Salud Total.

ANTECEDENTES DE SALUD: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

	ASMA		INMUNOSUPRESION		ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS
	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA EPOC		HIPERTENSION ARTERIAL		EMBARAZO
	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES		CANCER		TABAQUISMO
	DIABETES		OBESIDAD		ALCOHOLISMO
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA		DESNUTRICION		ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual: _____

¿Esta tomando algun medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cual: _____

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO Y VALORACION: ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días? Marque con una X si la respuesta es afirmativa

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACION: Valor 34,5 Se considera como un estado febril (37 ó 37,9) SI ___ NO ___ o Fiebre (38 en adelante) SI ___ NO ___

	TOS		NAUSEAS		DIARREA		
	DIFICULTAD RESPIRATORIA		VOMITO		DOLOR ABDOMINAL		
	TAQUIPNEA		DOLOR EN EL PECHO		DOLOR DE CABEZA		
	DOLOR DE GARGANTA		MALESTAR GENERAL		OTROS		
	ESCALOFRIOS		CANSANCIO MUSCULAR		CUAL?		

SEGUIMIENTO DEL REPORTE EL QUE SE ENCUENTRA EN TRABAJADOR

SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1. ¿Durante el periodo de cuarentena le diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?		X		
2. ¿En el ultimo mes ha asistido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?		X		
3. ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 dias sintomas asociados al COVID 19?		X		
4. ¿Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que haya sido diagnosticado con COVID 19?		X		
5. ¿Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes ?		X		
6. ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?		X		
8. ¿ Ha viajado en el ultimo mes?		X		
9. ¿Se considera poblacion vulnerable?		X		

Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones realizadas):

Trabajador apto para iniciar labores //

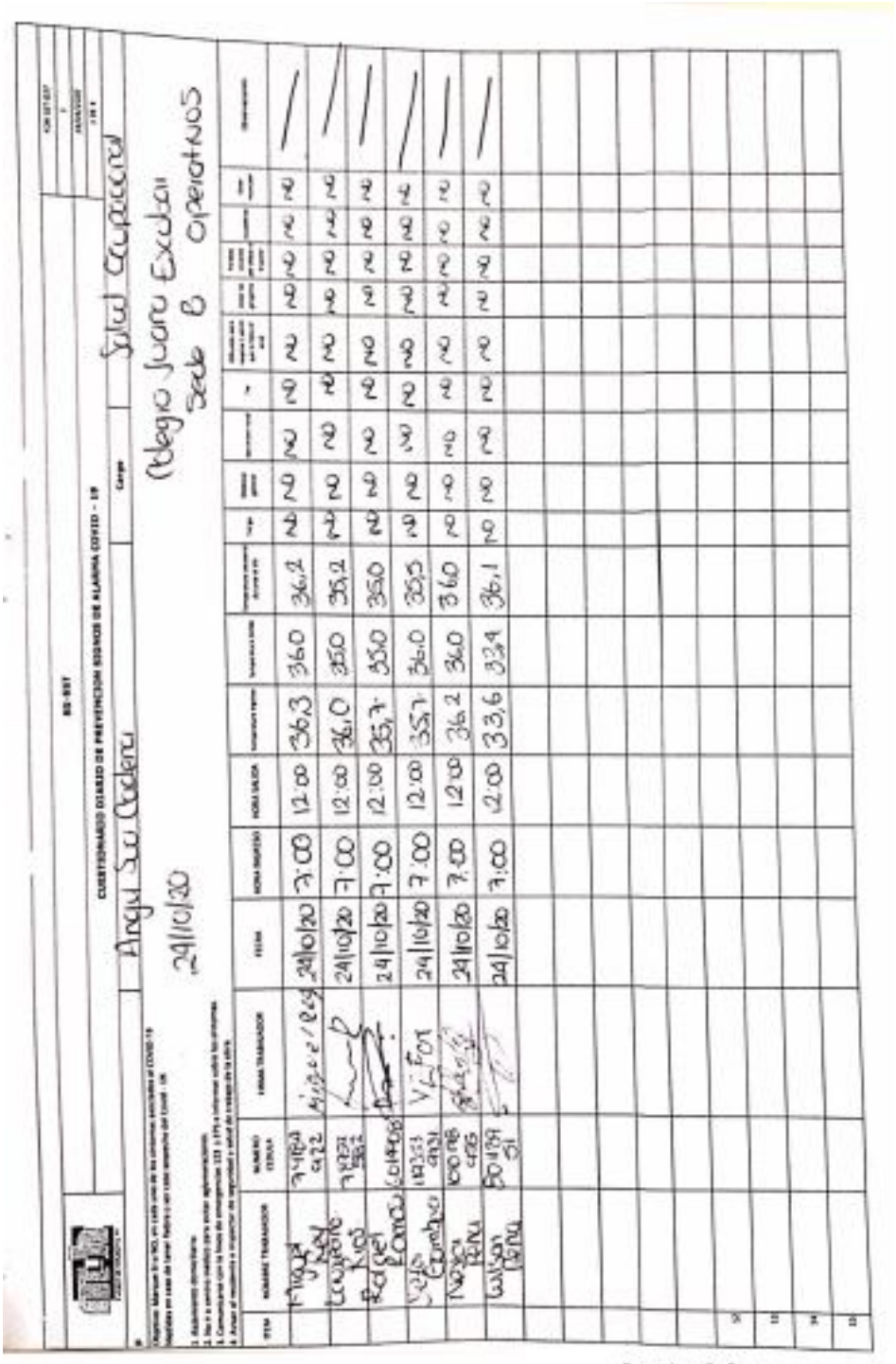
COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE PREVENCION	ACCIONES
EN LA EMPRESA	La empresa se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo, como puestos de trabajo, teclados, telefonos, barandillas y manijas de puertas. Disponer de pañuelos desechables y cubos de desecho sin contacto. Proporcionar agua y jabon en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos. Garantizar que los suministros adecuados esten siempre disponibles. Realizar la visitacion pre-operacional y el seguimiento a todos los trabajadores o visitantes que ingresen a las sedes.
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado dar respuesta a los seguimientos sin ocultar informacion y dando datos certeros, realizar lavado frecuente de manos con agua y jabon. Usar Elementos de Proteccion Personal – EPP como mascarilla (tapabocas convencional) y guantes desechables. Para la proteccion de los ojos, se sugiere el uso de gafas y evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo, contacto con manos o guantes. Realizar o solicitar la desinfeccion de superficies de trabajo iniciando con un paño limpio y humedo mediante el cual se realice la limpieza de polvo y suciedad posteriormente se recomienda aplicar un desinfectante a alcohol al 70%. Este proceso debe realizarse como minimo al iniciar y al finalizar cada actividad.

FIRMA DEL TRABAJADOR
Nombre
Cedula 1115901/4

Angi Sua Cadena
FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA
Nombre
Cedula 1023910237 Bta

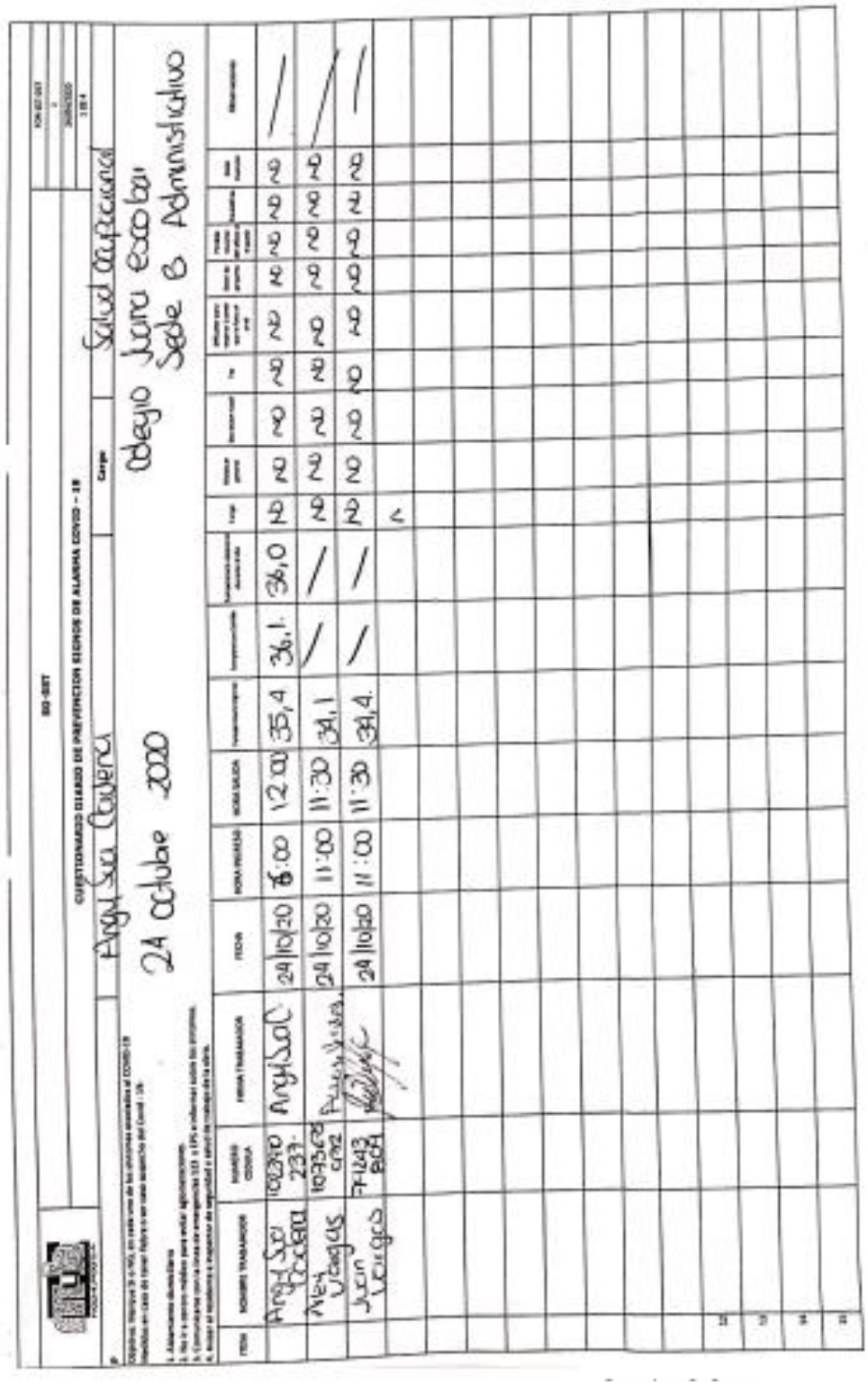
3. FT- SST- 037 CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID-19.

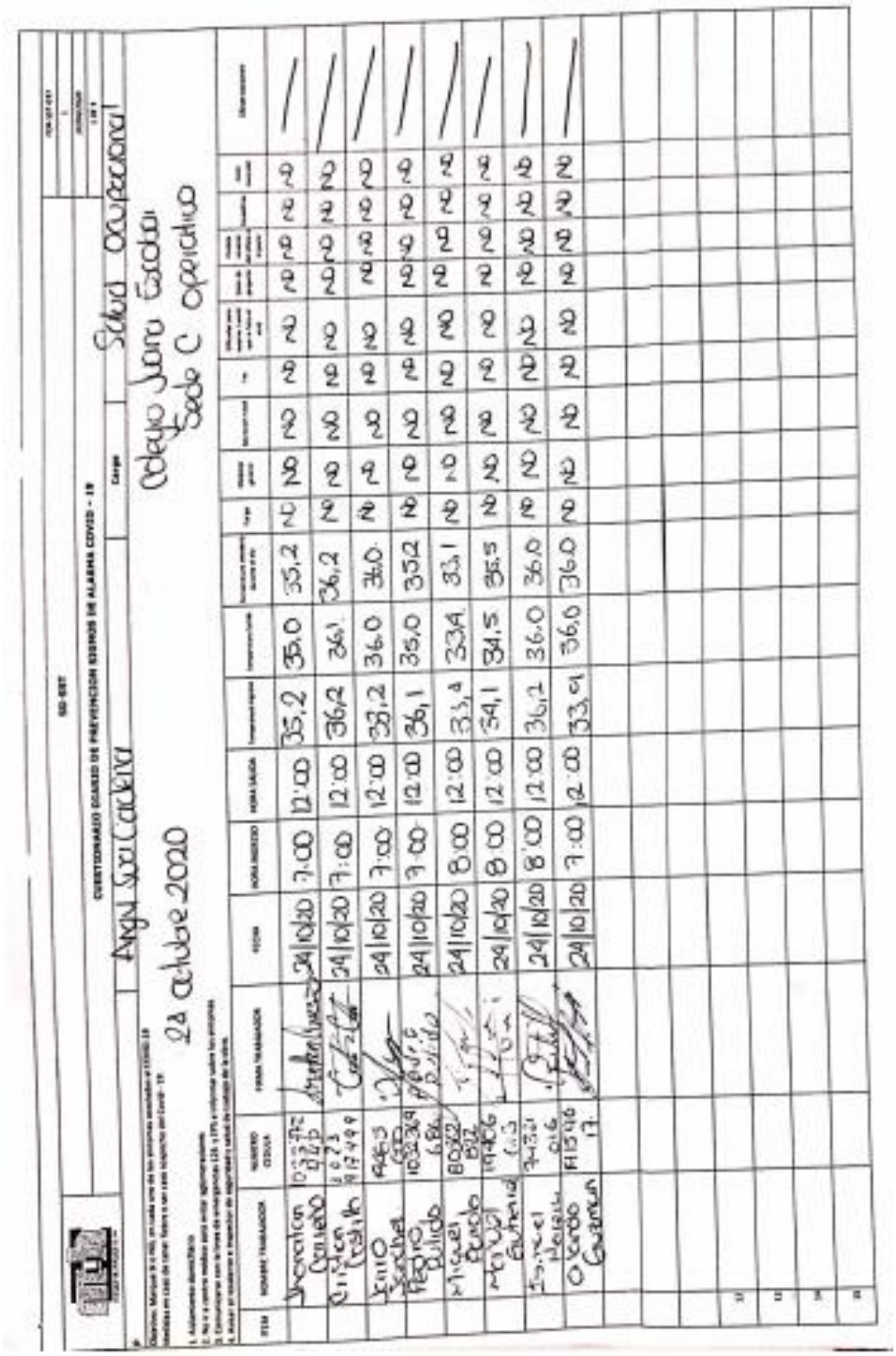


CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID - 19

Angel Sur Ocaña — Cargo: Salud Ocupacional

24/10/20 — Obra: Colegio Juan Escobar Sede B Operarios


CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SIGNOS DE ALARMA COVID – 19
Angy Sue Cadena
Cargo
Salud Ocupacional
Obejio Juan Ecolo
Sede B Administrativo
24 Octubre 2020
FECHA
HORA INGRESO
HORA SALIDA
TEMPERATURA
TOS
DIFICULTAD RESPIRATORIA
DOLOR DE CABEZA
DOLOR MUSCULAR
DIARREA
OBSERVACIONES
24/10/20
6:00
12 m
35,4
36,1
36,0
24/10/20
11:00
11:30
34,1
24/10/20
11:00
11:30
34,4

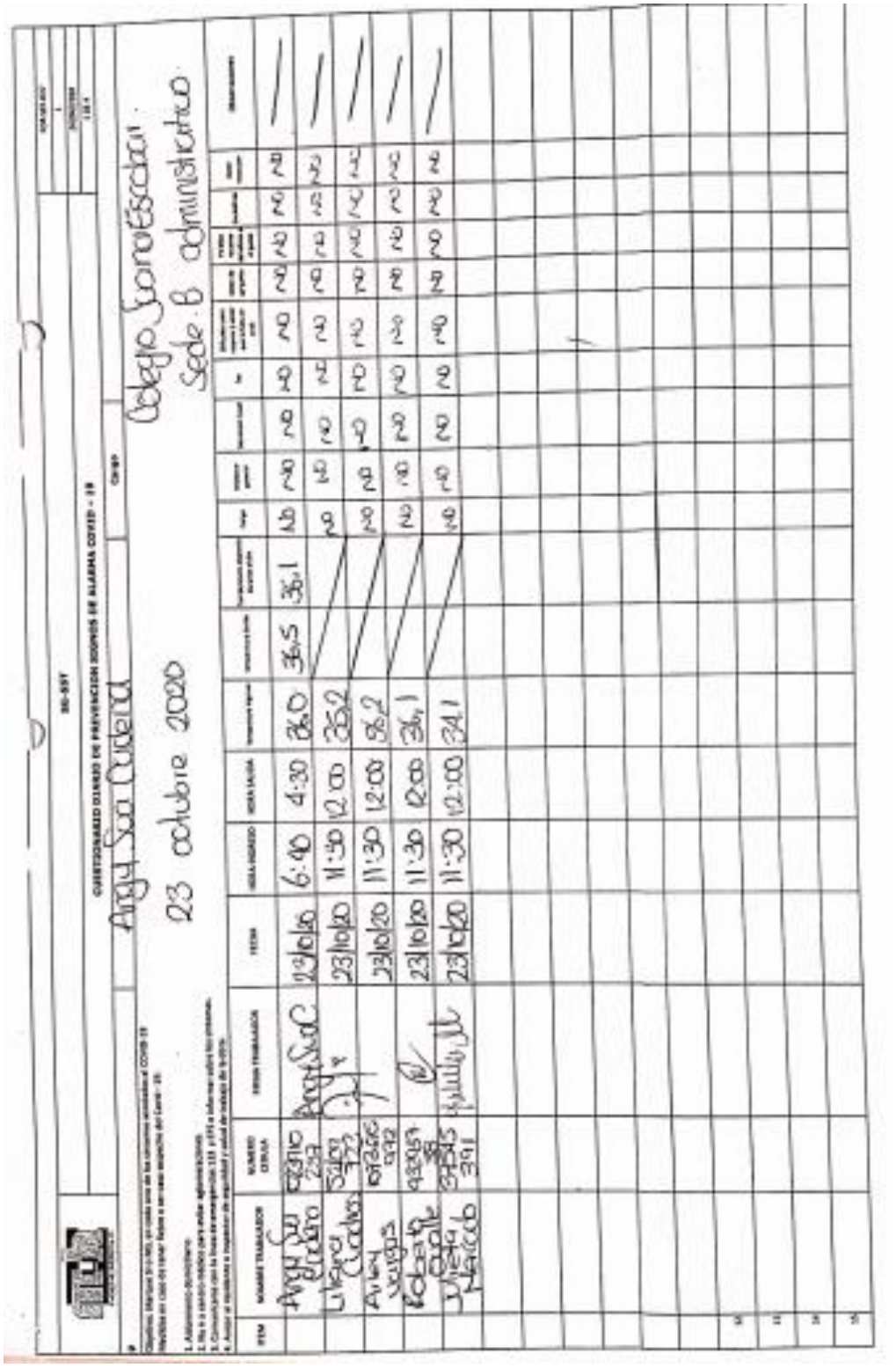


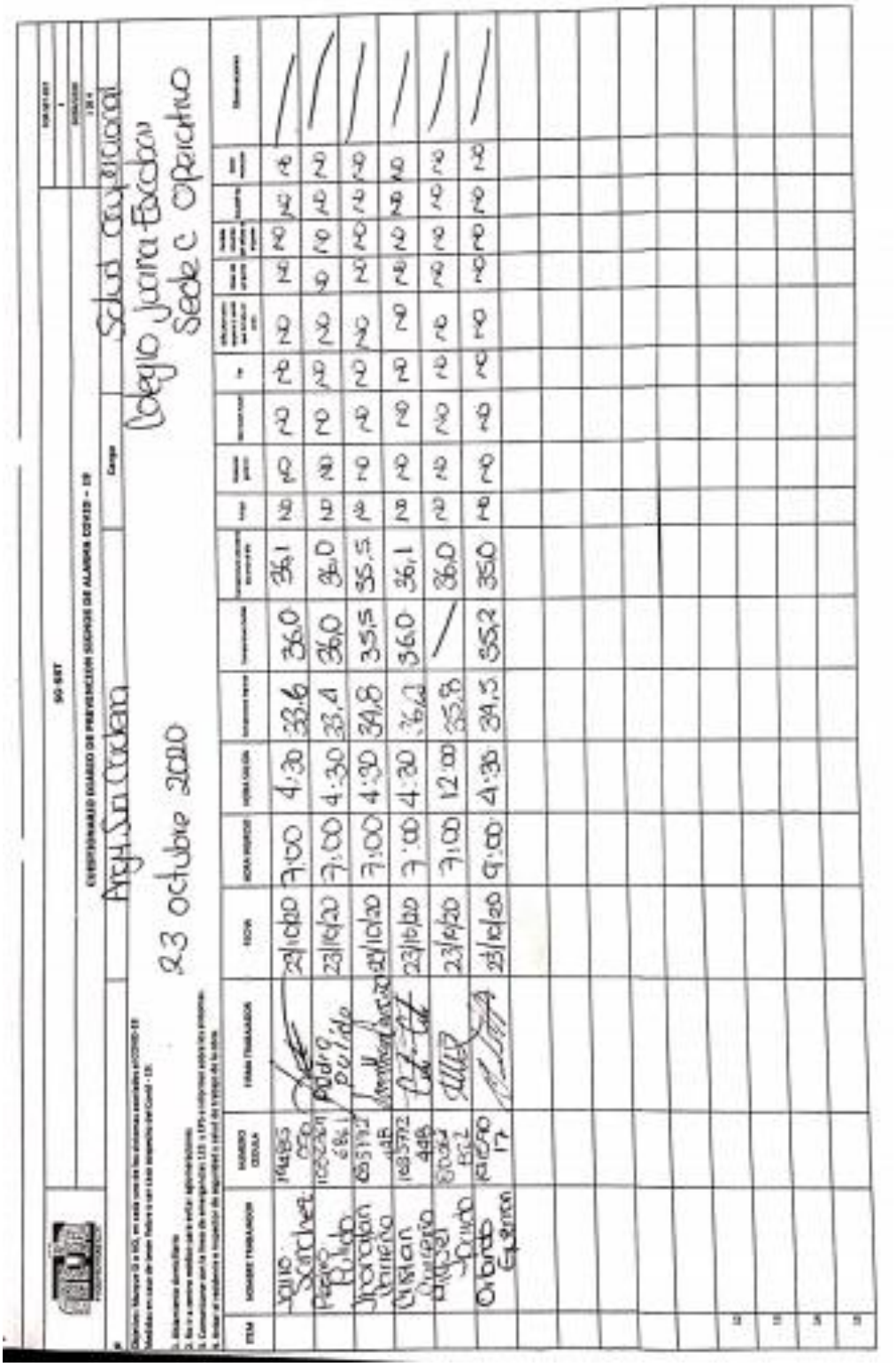
CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCIÓN SÍNTOMAS DE ALARMA COVID – 19

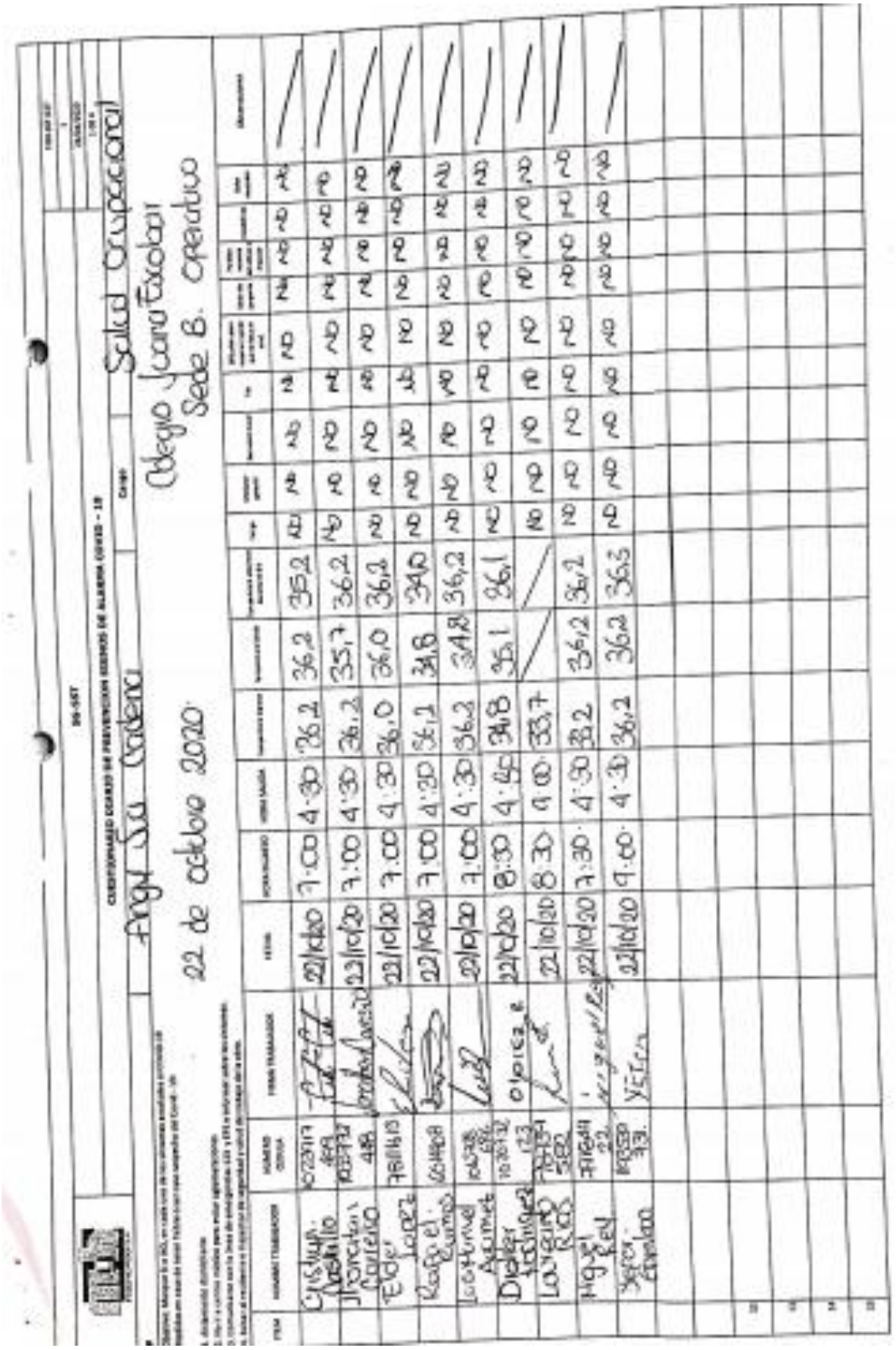
9 Angel San Andres — Cargo: Salud Ocupacional

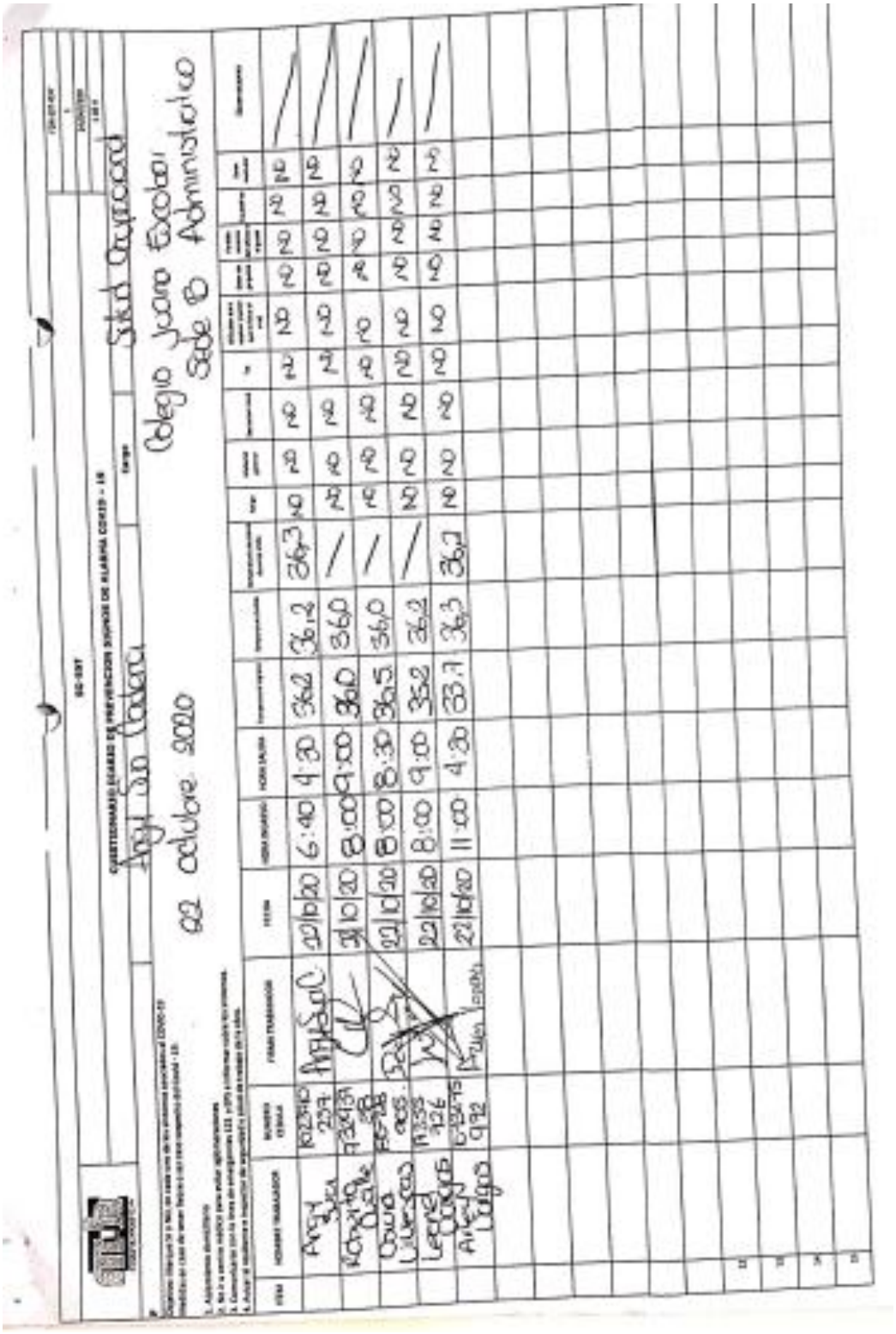
23 oct 2020 — Colegio Juana Escobar Sede B Operativos

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA											OBSERVACIONES
1	Rafael Ramos	6048068		23/10/20	7:00	4:30	36,2	36,0	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/
2	Miguel Ruiz	79869		23/10/20	7:00	4:30	36,2	36,0	31,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/
3	Jhon Gamboa	1193555		23/10/20	7:00	4:30	36,1	36,2	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/
4	Nelly Tuta	1016078		23/10/20	7:00	4:30	33,6	35,4	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/
5	Lauro Leo	79869		23/10/20	7:00	4:30	33,1	35,4	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/
6	Wilson Pinto	80119		23/10/20	7:00	4:30	34,2	35,0	33,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/
7	Oscar Rodriguez	80178823	D-Oct 8	23/10/20	8:00	4:30	36,1	36,0	32,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	




SG-SST
Colegio Juana Escobar
Sede C Operativo
23 octubre 2020
Arq. Sin Cordero
Salud ocupacional


Colegio Juan Evangelista
Sede B. Operativo
22 de octubre 2020



CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SINTOMAS DE ALARMA COVID – 19

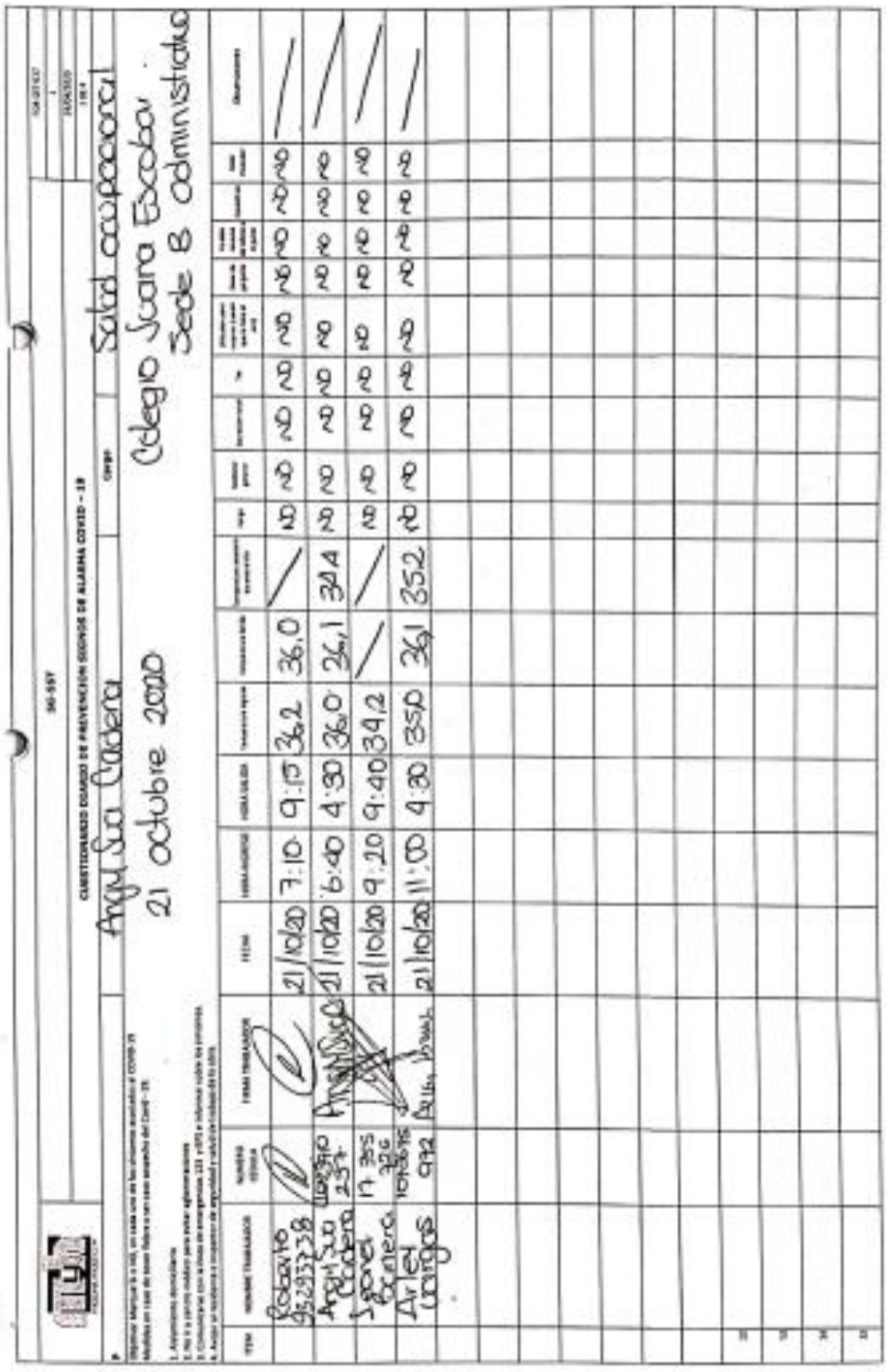
Cargo: Salud Ocupacional

Colegio Juana Escobar - Sede C. operativo

22 octubre 2020

Angi Sin Cadena

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	TEMPERATURA	TEMPERATURA	TOS	DOLOR DE CABEZA	DIFICULTAD RESPIRATORIA	DOLOR MUSCULAR	DIARREA	OBSERVACIONES
	Julio Sanchez	1012326866		22/10/20	7:00	4:30	36.2	37,1	NO	NO	NO	NO	NO	—
	Reinel Rincon	80234686		22/10/20	7:00	4:30	36.1	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	—
	Wilson Mena	80234686		22/10/20	7:00	2:00	35.5	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	/
	Nestor Mena	1010246865		22/10/20	7:00	2:00	35.7	34,2	NO	NO	NO	NO	NO	/



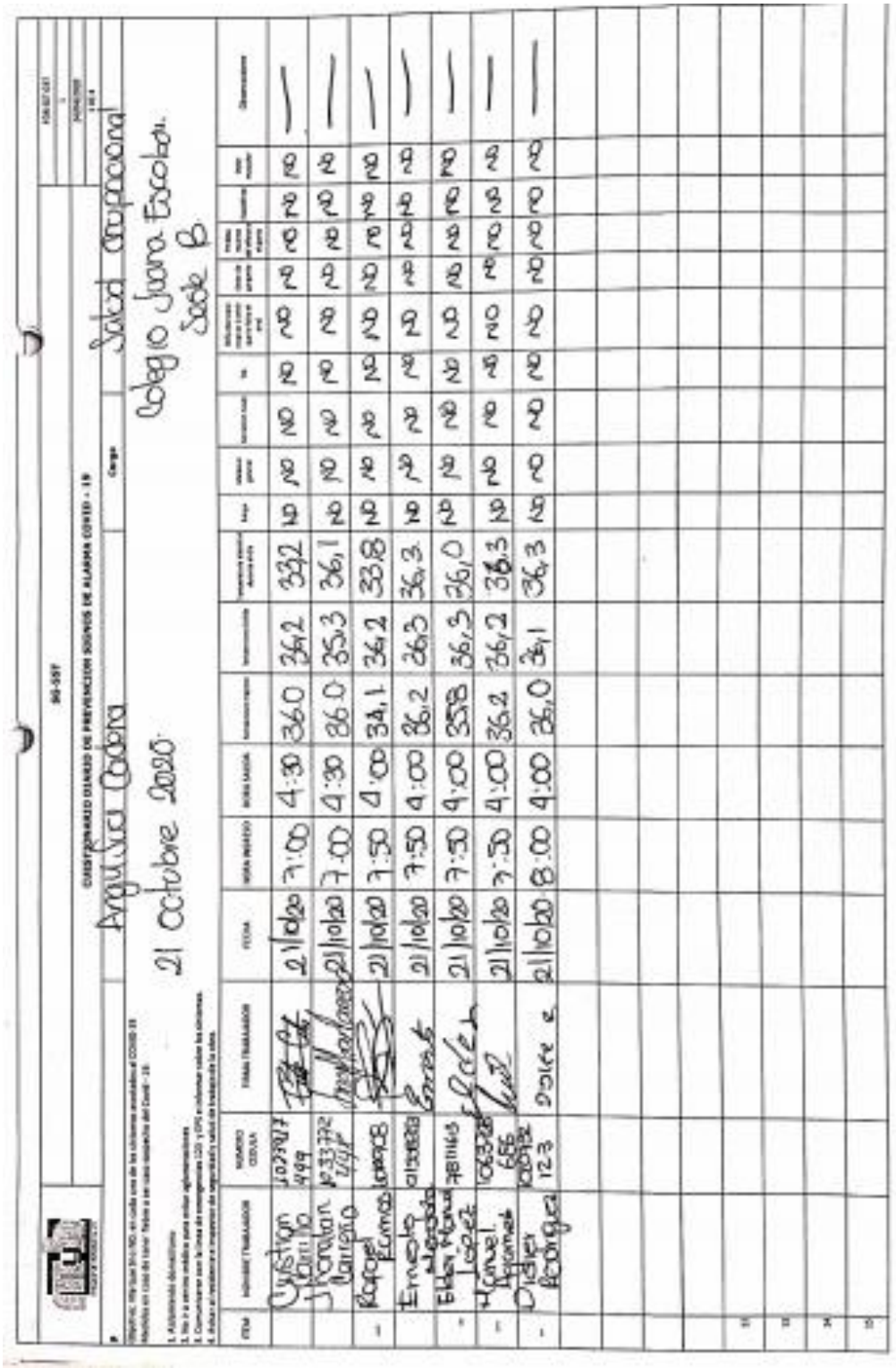
CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCIÓN SIGNOS DE ALARMA COVID – 19

Empresa: Angy Sua Cabrera — Cargo: Salud ocupacional

Colegio Suara Escobar Sede B administrativo

21 octubre 2020

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	TEMPERATURA	OBSERVACIONES	TOS	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD RESPIRATORIA	DOLOR MUSCULAR	DIARREA	DOLOR DE CABEZA	PERDIDA DEL OLFATO	PERDIDA DEL GUSTO	OTRAS	OBSERVACIONES
1	Roberto Sierra	91.293.238		21/10/20	7:10	9:15	36.2	36.0	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/
2	Angy Sua Cabrera	Usuario 234		21/10/20	6:40	4:30	36.0	36.1	344	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/
3	Yeiver Barrera	17 365 326		21/10/20	9:20	9:40	34.2	/	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/
4	Ariel Luengas	992		21/10/20	11:00	4:30	35.0	36.1	352	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		



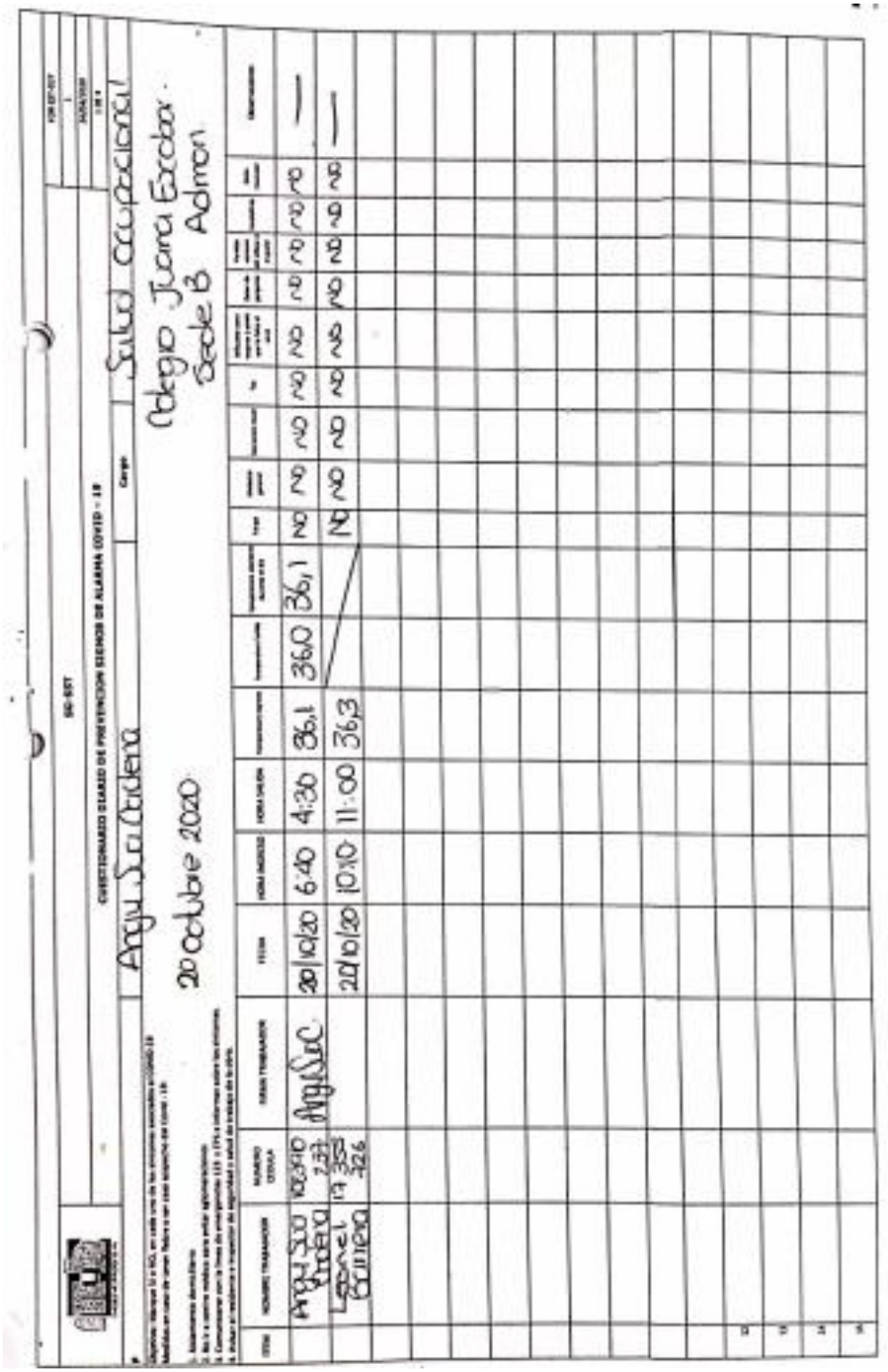
CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SINTOMAS DE ALARMA COVID - 19

Empresa: Aseo y Jardinería Cabrera | Cargo: | Salud Ocupacional

Colegio Juan Escobar Sede C

21 octubre 2020

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	TEMPERATURA	TEMPERATURA	TOS	DOLOR GARGANTA	DIFICULTAD RESPIRATORIA	DOLOR MUSCULAR	DIARREA	Observaciones
	Julio Sanchez			21/10/20	7:00	4:30	36,2	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	
	Pedro Ruiz			21/10/20	7:00	4:30	36,2	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	
	Wilson Pino			21/10/20	8:30	2:30	36,1	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	
	Nestor Peña			21/10/20	8:30	2:30	33,6	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	



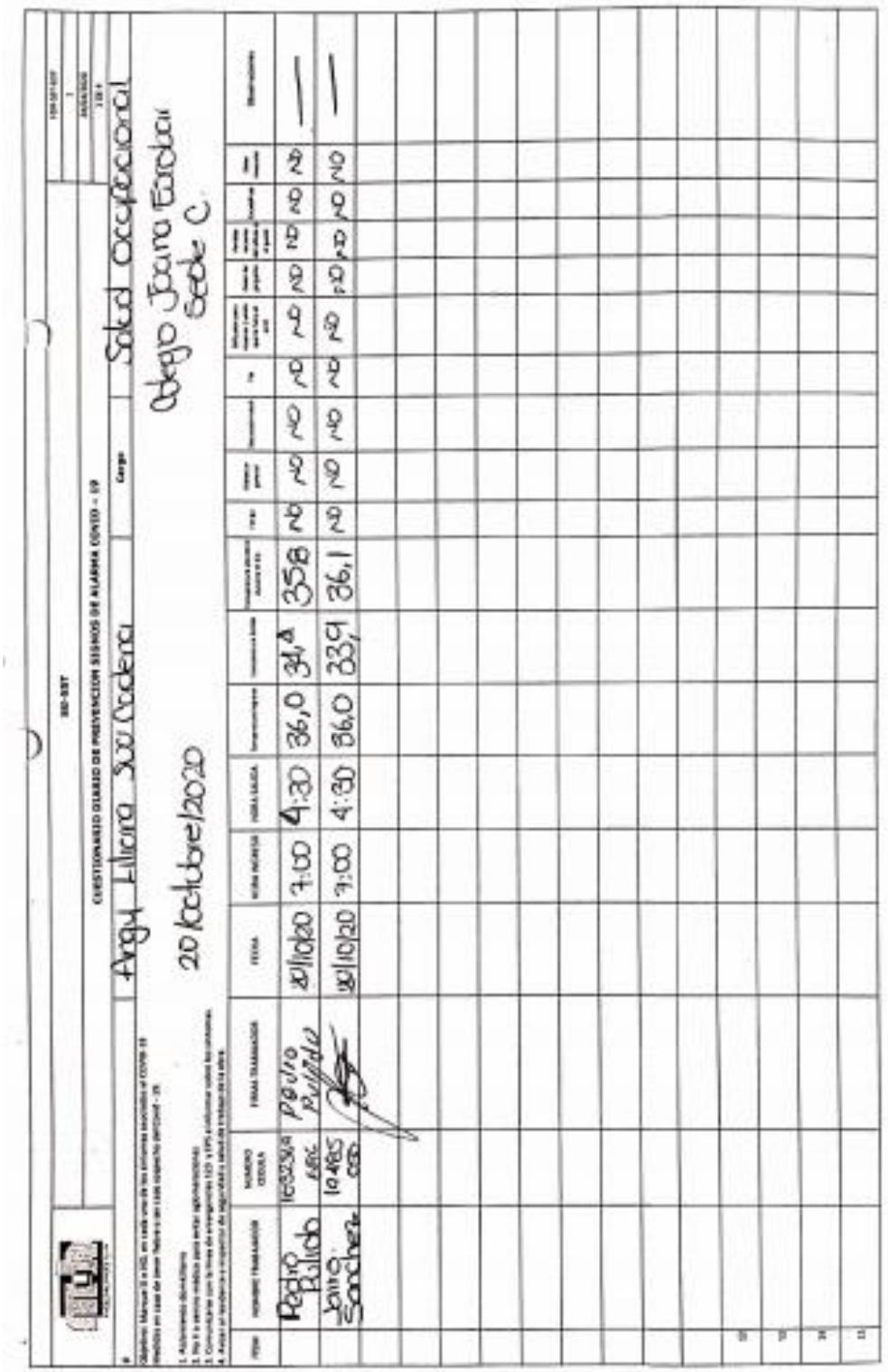
CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SINTOMAS DE ALARMA COVID - 19

Empresa: Aseo Sin Cuidado — Cargo: Salud Ocupacional

Colegio Juana Escobar. Sede B. Operativo

20 Octubre /2020

ITEM	NOMBRES TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA DE SALIDA	TEMPERATURA	TEMPERATURA	TOS	DIFICULTAD RESPIRATORIA	DOLOR DE CABEZA	DOLOR MUSCULAR	DIARREA	PERDIDA DEL OLFATO	PERDIDA DEL GUSTO	OBSERVACIONES
	Jhonatan Cisneros	1003742446		20/10/20	7:00	4:30	36,1	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	—
	Luis Alejandro	1043886684		20/10/20	9:30	4:30	36,3	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	—
	Rafael Ramos	6064088		20/10/20	9:30	3:30	82,9	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	—
	Diego Cerdon	80165226		20/10/20	9:30	3:30	36,1	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	—
	Ernesto Mendoza	91358833		20/10/20	10:10	3:30	36,1	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	—
	Didier Rodriguez	1004782123		20/10/20	10:10	3:30	36,2	35,8	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	—
	Edef Lopez	7881168		20/10/20	10:10	3:30	36,2	35,4	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	—



CUESTIONARIO DIARIO DE PREVENCION SINTOMAS DE ALARMA COVID – 19

SST

Cargo: Salud Ocupacional

Area: Liliana Soto Cadena

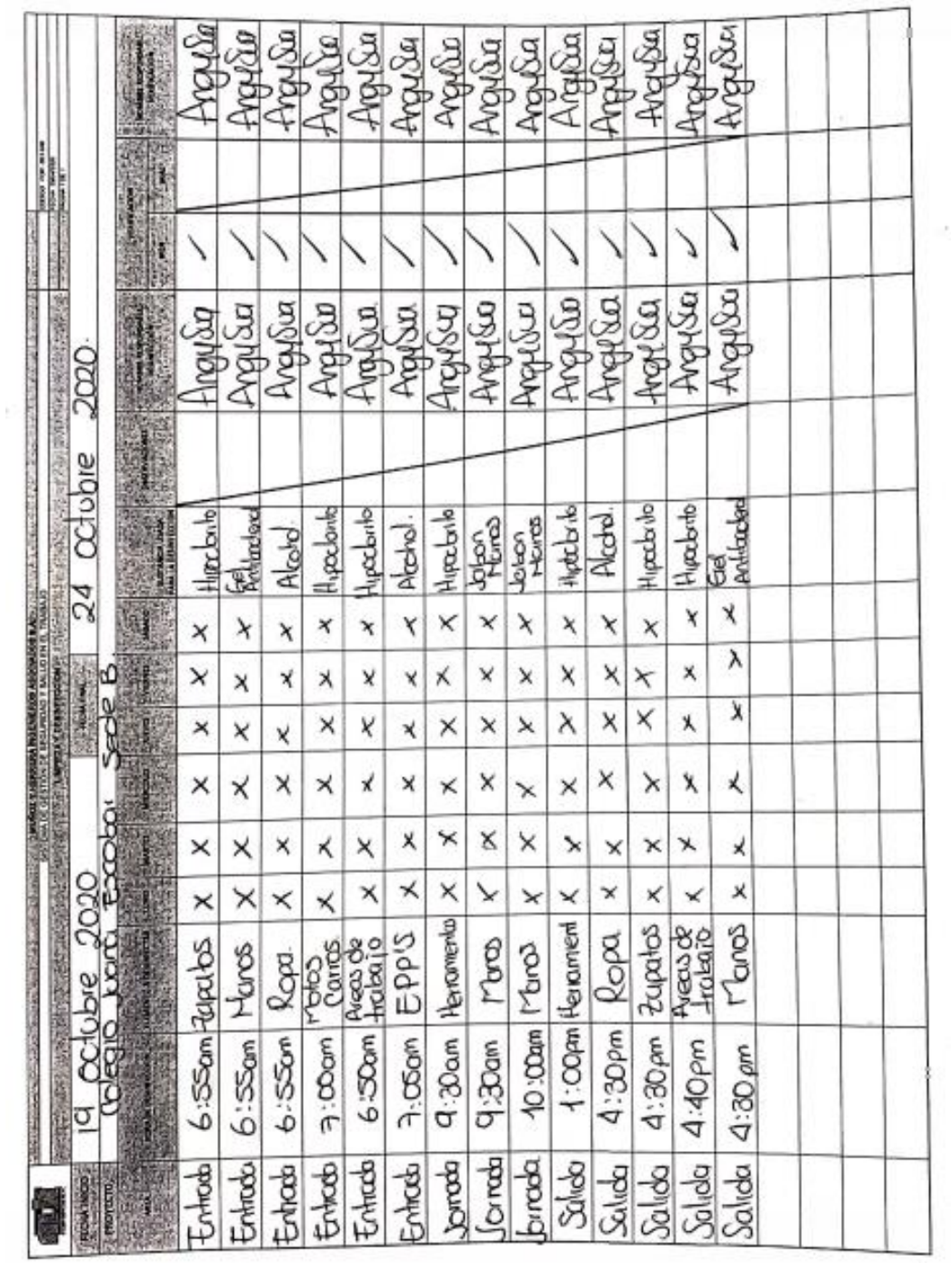
Obligo Juana Escobar Sede C

20 Octubre/2020

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	NUMERO CEDULA	FIRMA TRABAJADOR	FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	Temperatura		TOS								Observaciones
1	Pedro Bolivar	16832308		20/10/20	7:00	4:30	36,0	34,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	—
2	Jairo Sanchez	10465		20/10/20	7:00	4:30	36,0	33,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	—
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	


Colegio Juana Escobar
Sede B
19 octubre 2020
Arq. Sst Cadena
Salud Ocupacional

4. FT-SST-040 LIMPIEZA Y DESINFECCION



FECHA INICIO: 19 octubre 2020 — FECHA FINAL: 24 octubre 2020

PROYECTO: Colegio Juana Escobar Sedec.

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SUSTANCIA USADA PARA LA DESINFECCIÓN	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Entrada	7:00am	Zapatos	x	x	x	x	✓	x	Hipoclorito		AngySa	✓		AngySa
Entrada	7:00am	Manos	x	x	x	x	x	x	Gel Antibacte		AngySa	✓		AngySa
Entrada	7:00am	Ropa	x	x	✓	x	x	x	Alcohol		AngySa	✓		AngySa
Entrada	7:00am	Moto.carro Bicicleta	x	x	x	x	x	x	Hipoclorito		AngySa	✓		AngySa
Entrada	7:00am	Areas de Trabajo	x	x	✓	x	x	x	Hipoclorito		AngySa	✓		AngySa
Entrada	7:10am	EPP'S	x	x	✓	x	x	x	Alcohol		AngySa	✓		AngySa
Jornada	9:40am	Herramienta	x	x	✓	x	x	x	Hipoclorito		AngySa	✓		AngySa
Jornada	10:00am	Manos	x	x	x	x	x	x	Jabon		AngySa	✓		AngySa
Jornada	1:00 pm	Manos	x	x	x	x	x	x	Jabon		AngySa	✓		AngySa
Jornada	4:00 pm	Herramienta	x	x	x	x	x	x	Hipoclorito		AngySa	✓		AngySa
Salida	4:30pm	Ropa	x	x	✓	x	x	x	Alcohol		AngySa	✓		AngySa
Salida	4:30 pm	Zapatos	x	x	x	x	x	x	Hipoclorito		AngySa	✓		AngySa
Salida	4:40 pm	Areas de trabajo	x	x	x	x	x	x	Hipoclorito		AngySa	✓		AngySa
Salida	4:30 pm	Manos	x	x	x	x	x	x	Antibacte		AngySa	✓		AngySa

5. FT-SST-016 ENTREGA DE EPP

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-016
		VERSIÓN	2
		FECHA	29/04/2020
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE: Cristian castillo — CÉDULA No.: 1023917499

CARGO: Ayudante — ÁREA/ DEPENDENCIA: Obra Juan Escobar sede C

EMPRESA: Grecon ingenieros SA

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Gafas	1	07-10-20	
2	Tapa oidos	1	07-10-20	
3	Guante Nitrilo	1	07-10-20	
4	Guante de carnaza	1	07-10-20	
5	Tapa bocas	1	07-10-20	
6	Tapa bocas	1.	21-10-20	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-016
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE Wilson Peña — CÉDULA No. 80.113951

CARGO Enchapador — ÁREA/ DEPENDENCIA Colegio Juana Escobar Sede B

EMPRESA Grecon Ingenieros

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Tapabocas	1	24/10/2020	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Código: SGI-014 Versión:2 Fecha: 22/09/17

Datos a Diligenciar

Centro de Trabajo:	Colegio Juan Escobar Sede C
Nombre del Trabajador:	Orlando Guzman.
Documento de Identidad:	19159017.
Cargo:	Contratista

Descripción	Cantidad	Fecha de Entrega	Firma de Recibido
Tapabocas 1	1	23/10/20	
Guantes de caucho	1	23/10/20	

Observaciones de la Entrega:

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-016
	VERSIÓN	2
ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/2020
	PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE Nestor Peña CÉDULA No. 1010178955

CARGO Enchapador ÁREA/ DEPENDENCIA Colegio Juana Escobar Sede B

EMPRESA Erecon Ingenieros

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Tapabocas	1	24/10/2020	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.			
	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-016
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE Jhonatan Carreño CÉDULA No. 1033712448

CARGO oficial ÁREA/ DEPENDENCIA Obra Exacta sede c

EMPRESA Greco ingeniero SAS

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Gafas	1	07-10-20	Jonathan Carreño
2	Tapa oidos	1	07-10-20	Jonathan Carreño
3	Guante de nitrilo	1	07-10-20	Jonathan Carreño
4	Guante de carnaza	1	07-10-20	Jonathan Carreño
5	Tapa bocas	1	07-10-20	Jonathan Carreño
6	Tapabocas	1.	24-10-20	Jonathan Carreño
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Código: SGI-014 Versión 2 Fecha: 22/09/17

Datos a Diligenciar

Centro de Trabajo:	Colegio Juana Escobar Sede B
Nombre del Trabajador:	Laureano Rios
Documento de Identidad:	78771582
Cargo:	Oficial

Descripción	Cantidad	Fecha de Entrega	Firma de Recibido
Tapabocas	1	23/10/20	
Tapaoidos	1	23/10/20	
Guantes de camara	1	23/10/20	
Guantes de caucho	1	23/10/20	
Gafas	1	23/10/20	

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Código: SGI-014
		Versión 2
		Fecha: 22/09/17

Datos a Diligenciar

Centro de Trabajo: Colegio Juana Escobar Sede B.
Nombre del Trabajador: Miguel Rey Roto
Documento de Identidad: 79182722
Cargo: Oficial

Descripción	Cantidad	Fecha de Entrega	Firma de Recibido
Tapabocas	1	23/10/20	Miguel Rey
Tapaoidos	1	23/10/20	Miguel Rey
Monogafas	1	23/10/20	Miguel Rey
Guantes de Cabraza	1	23/10/20	Miguel Rey
Guantes de caucho	1.	23/10/20	Miguel Rey

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Código: SGI-014 Versión 2 Fecha: 22/09/17

Datos a Diligenciar

Centro de Trabajo:	Colegio Juana Escobar Sede B.
Nombre del Trabajador:	Jefor Gamboa Largacha
Documento de Identidad:	1193537931.
Cargo:	Ayudante

Descripción	Cantidad	Fecha de Entrega	Firma de Recibido
Tapa bocas	1	23/10/20	YEFOR
Tapa oidos	1.	23/10/20	YEFOR
Monogafas	1	23/10/20	yEFOR
Guantes de Carnaza	1	23/10/20	YEFOR
Guantes de Caucho	1	23/10/20	YEFOR

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-016
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE Elda Marcel Lopez — CÉDULA No. 78111613.

CARGO Oficial. — ÁREA/ DEPENDENCIA Colegio Juana Escobar Sede B

EMPRESA

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Tapabocas	1.	21/10/2020	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-016
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE: Rafael Ramos — CÉDULA No.: 6014908

CARGO: Oficial. -encargado — ÁREA/ DEPENDENCIA: Colegio Juana Escobar Sede B

EMPRESA:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes de nitrilo	1	21/10/2020	
2	Tapabocas	1	21/10/2020	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-016
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE: Luis Manuel Aguirre — CÉDULA No.: 1063128686

CARGO: ayudante — ÁREA/ DEPENDENCIA: Colegio Juana Escobar Sede B

EMPRESA:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Tapabocas	1	21/10/20	
2	Guantes de Nitrilo	1	21/10/20	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.			
	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-016
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE Pedro Julio Pulido cedillo CÉDULA No. 1032369686

CARGO Ayudante ÁREA/ DEPENDENCIA obra Juana exator sede B

EMPRESA Gicco Ingenieros S.A

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Gafas	1	01-10-20	Pedro Pulido
2	tapa oidos	1	07-10-20	Pedro Pulido
3	tapa bocas	1	07-10-20	Pedro Pulido
4	Guante de camaza	1	07-10-20	pedro pulido
5	Guante de nitrilo	1	07-10-20	pedro Pulido
6	recarga de alcohol	1	07-10-20	pedro Pulido
7	recarga de Gel ant.	1	07-10-20	Pedro Pulido
8	Bolsa Roja	1	20/10/20	Pedro Pulido
9	Tapabocas	1	20/10/20	Pedro Pulido
10	Guantes de Nitrilo	1	20/10/20	Pedro Pulido
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-016
		VERSIÓN	2
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS (EPCC)	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 2

NOMBRE: Jano Herrera — CÉDULA No: 19485050

CARGO: Ayudante — ÁREA/ DEPENDENCIA: Obra Jhon Escator sede B

EMPRESA: Gieco ingenieros SA

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Gafas	1	07-10-20	
2	Tapa oidos	1	07-10-20	
3	Tapa boca	1	07-10-20	
4	Guante de carnaza	1	07-10-20	
5	Guante de nitrilo	1	07-10-20	
6	recarga de alcohol	1	07-10-20	
7	recarga de gel anti	1	07-10-20	
8	Guantes de Nitrilo	1	17-10-20	
9	Recarga de Gel	1	20-10-20	
10	Recarga de alcohol	1	20/10/20	
11	Guantes de Carnaza	1	20/10/20	
12	Bolsa Roja	1	20/10/20	
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				

6. FT-SST-017 INSPECCION DE EPP

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-017
	VERSIÓN	2
INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA	29/04/2020
	PÁGINA	1 DE 1

PROYECTO: Colegio Jacinto Tarbar Sede C

FECHA: 21 octubre 2020.

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Angy Sai Cardena

CARGO: Salud Ocupacional

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	TIENE		ESTADO			ACCIONES A TOMAR
	SI	NO	BUENO	MALO	REGULAR	
DOTACION : CAMISA, PANTALON Y BOTAS	X		X			
CASCO	X		X			
GAFAS DE SEGURIDAD	X		X			
TAPAOIDOS	X		X			
PROTECTOR RESPIRATORIO NEGRO O CONVENCIONAL	X		X			
PROTECTOR RESPIRATRIO N95		X				NA
IMPERMEABLE		X				NA
ARNES Y ESLINGA		X				NA
GUANTES DE CARNAZA	X		X			
GUANTES DE SEGURIDAD		X				NA
GUANTES DE CAUCHO	X		X			
TRAJE DESECHABLE		X				NA
GUANTES DE NITRILO	X		X			
CARETA PLASTICA		X				NA
OTRO:						
OTRO:						

NOMBRE DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE REALIZA LA INSPECCIÓN	Nestor Pena
FIRMA DEL TRABAJADOR	

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-017
	VERSIÓN	2
INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA	29/04/2020
	PÁGINA	1 DE 1

PROYECTO: Colegio Juana Escobar Sede C.

FECHA: 21 octubre 2020.

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Angy Sira Cadena

CARGO: Salud Ocupacional

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	TIENE		ESTADO			ACCIONES A TOMAR
	SI	NO	BUENO	MALO	REGULAR	
DOTACION : CAMISA, PANTALON Y BOTAS	X		X			
CASCO	X		X			
GAFAS DE SEGURIDAD	X		X			
TAPAOIDOS	X		X			
PROTECTOR RESPIRATORIO NEGRO O CONVENCIONAL	X		X			
PROTECTOR RESPIRATRIO N95		X				NA
IMPERMEABLE		X				NA
ARNES Y ESLINGA		X				NA
GUANTES DE CARNAZA	X		X			
GUANTES DE SEGURIDAD		X				NA
GUANTES DE CAUCHO	X		X			
TRAJE DESECHABLE		X				NA
GUANTES DE NITRILO	X		X			
CARETA PLASTICA		X				NA
OTRO:						
OTRO:						

NOMBRE DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE REALIZA LA INSPECCIÓN	Wilson Peña
FIRMA DEL TRABAJADOR	

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-017
	VERSIÓN	2
INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA	29/04/2020
	PÁGINA	1 DE 1

PROYECTO: Colegio Juana Escobar Sede C

FECHA: 24 octubre 2020

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Argy Sai Cardona

CARGO: Salud Ocupacional

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	TIENE		ESTADO			ACCIONES A TOMAR
	SI	NO	BUENO	MALO	REGULAR	
DOTACION : CAMISA, PANTALON Y BOTAS	X		X			———
CASCO	X		X.			———
GAFAS DE SEGURIDAD		X.				NO tiene
TAPAOIDOS	X		X			———
PROTECTOR RESPIRATORIO NEGRO O CONVENCIONAL	X		X			———
PROTECTOR RESPIRATRIO N95		X				NA
IMPERMEABLE		X				NA
ARNES Y ESLINGA		X				NA.
GUANTES DE CARNAZA		X.				NA
GUANTES DE SEGURIDAD		X				NA
GUANTES DE CAUCHO	X		X			———
TRAJE DESECHABLE		X.				NA.
GUANTES DE NITRILO		X.				NA
CARETA PLASTICA		X				NA
OTRO:						
OTRO:						

NOMBRE DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE REALIZA LA INSPECCIÓN	Orlando Guzman
FIRMA DEL TRABAJADOR	

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-017
	VERSIÓN	2
INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA	29/04/2020
	PÁGINA	1 DE 1

PROYECTO: Colegio Juana Escobar Sede B

FECHA: 22 de octubre de 2020

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Angy Sia Cardena

CARGO: Salud ocupacional

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	TIENE		ESTADO			ACCIONES A TOMAR
	SI	NO	BUENO	MALO	REGULAR	
DOTACION : CAMISA, PANTALON Y BOTAS		X				No se ha entregado
CASCO		X				No se ha entregado
GAFAS DE SEGURIDAD	X		X			—
TAPAOIDOS	X		X			—
PROTECTOR RESPIRATORIO NEGRO O CONVENCIONAL	X		X			—
PROTECTOR RESPIRATRIO N95		X				NA
IMPERMEABLE		X				NA
ARNES Y ESLINGA		X				— NA
GUANTES DE CARNAZA	X		X			—
GUANTES DE SEGURIDAD		X				NA
GUANTES DE CAUCHO	X		X			—
TRAJE DESECHABLE		X				NA
GUANTES DE NITRILO		X				—
CARETA PLASTICA		X				NA
OTRO:						
OTRO:						
NOMBRE DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE REALIZA LA INSPECCIÓN	Laureano Rios					
FIRMA DEL TRABAJADOR	Laureano Rios					

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

	SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-017
		VERSIÓN	2
	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA	29/04/2020
		PÁGINA	1 DE 1

PROYECTO: Colegio Juan Escobar Sede B

FECHA: 22 de octubre 2020

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Angy Sug Cadena

CARGO: Salud ocupacional

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	TIENE		ESTADO			ACCIONES A TOMAR
	SI	NO	BUENO	MALO	REGULAR	
DOTACION : CAMISA, PANTALON Y BOTAS	X		X			—
CASCO	X		X			—
GAFAS DE SEGURIDAD	X		X			—
TAPAOIDOS	X		X			—
PROTECTOR RESPIRATORIO NEGRO O CONVENCIONAL	X		X			—
PROTECTOR RESPIRATRIO N95		X				NA
IMPERMEABLE		X				NA
ARNES Y ESLINGA		X				NA
GUANTES DE CARNAZA	X		X			—
GUANTES DE SEGURIDAD		X				NA
GUANTES DE CAUCHO	X					—
TRAJE DESECHABLE		X				NA
GUANTES DE NITRILO		X				—
CARETA PLASTICA		X				NA
OTRO:						
OTRO:						
NOMBRE DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE REALIZA LA INSPECCIÓN	Jano Sanchez Herrera					
FIRMA DEL TRABAJADOR						

MUÑOZ Y HERRERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.

SG-SST	CÓDIGO	FOR-SST-017
	VERSIÓN	2
INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA	29/04/2020
	PÁGINA	1 DE 1

PROYECTO: Colegio Juana Escobar Sede B.

FECHA: 22 octubre 2020

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Angy Sa Cardenas

CARGO: Salud Ocupacional

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	TIENE		ESTADO			ACCIONES A TOMAR
	SI	NO	BUENO	MALO	REGULAR	
DOTACION : CAMISA, PANTALON Y BOTAS	✓		✓			
CASCO	✓		✓			
GAFAS DE SEGURIDAD	✓		✓			
TAPACIDOS	✓		✓			
PROTECTOR RESPIRATORIO NEGRO O CONVENCIONAL	✓		✓			
PROTECTOR RESPIRATRIO N95		✓				NA
IMPERMEABLE		✓				NA
ARNES Y ESLINGA		✓				NA
GUANTES DE CARNAZA	✓		✓			
GUANTES DE SEGURIDAD		✓				NA
GUANTES DE CAUCHO		✓				NA
TRAJE DESECHABLE		✓				NA
GUANTES DE NITRILO	✓		✓			
CARETA PLASTICA		X				NA
OTRO:						
OTRO:						
NOMBRE DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE REALIZA LA INSPECCIÓN	Rafael Ramos					
FIRMA DEL TRABAJADOR						