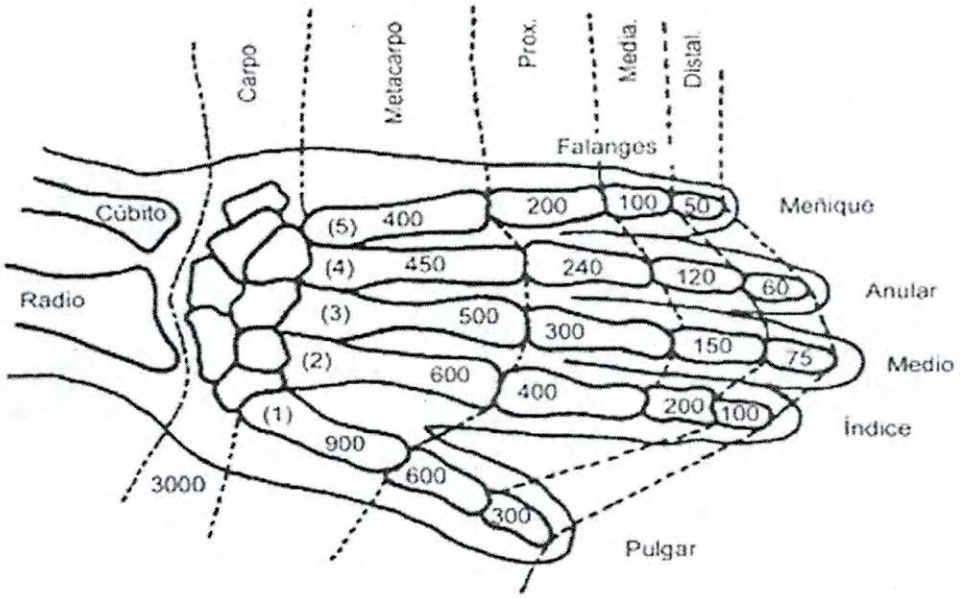
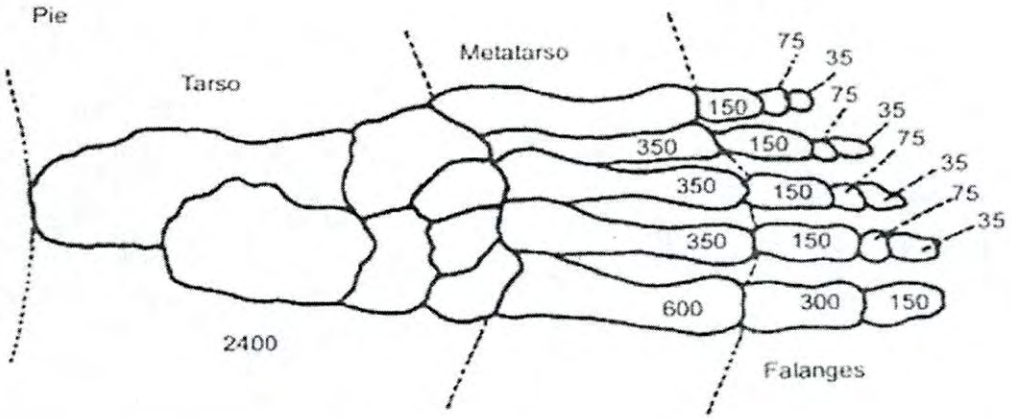

Carpo
Metacarpo
Prox.
Media.
Distal.
Falanges
Cúbito
Radio
(5) 400
200
100
50
Meñique
(4) 450
240
120
60
Anular
(3) 500
300
150
75
Medio
(2) 600
400
200
100
Índice
(1) 900
600
300
Pulgar
3000


Pie
Tarso
Metatarso
75
35
150
75
35
350
150
75
35
350
150
75
35
350
150
600
300
150
2400
Falanges

ANEXO 16 INFORMACION RELACIONADA AL COVID

ALTAVISTA

ENCUESTA DIARIA DE SÍNTOMAS COVID-19

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Santiago Tobaola

Identificación: 71707334

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI** o **NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES:																														
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 dias contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																															

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Juan Carlos Montoya

Identificación: 8.434.494

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI** o **NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: AGOSTO																															
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c. en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	
FIRMA DEL TRABAJADOR																																

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Juan Dario Espinosa

Identificación: 71.590.075

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Agosto																														
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?	/	NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR		Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	—	—	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	—	—	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	[illegible]	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa	Juan Dario Espinosa

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Moigel Antonio Puyos.

Identificación: 3196798031019 99

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-10).
Contestar SI o NO dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Abril																														
	1	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	28	29	30	31
1. Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al hagar?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR		Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos			Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos			Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos			Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos	Moigel Puyos		Moigel Puyos	Moigel Puyos

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Diana Carolina Velásquez Sánchez

Identificación: C.C 1020497080

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro de cada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES																														
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38 C en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los ultimos 14 dias contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																															

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Brayan Posada

Identificación: 1152997111

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del Impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro de cada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Agosto																														
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR	/	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada		Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada		Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada		Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada		Brayan Posada	Brayan Posada

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Diana Milena Hernandez Berrio

Identificación: 1017169820

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro de cada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES Agosto																												
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38 ° en las últimas 48 horas?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																															

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Juan Carlos Caro Q

Identificación: 15 265 871

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Agosto																													
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?																								NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?																								NO	NO	No	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?																								NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?																								NO	NO	No	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?																								NO	NO	No	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?																								NO	NO	NO			NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?																								NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																								Juan C.Q.	Juan C.Q.	Juan C.Q.	Juan C.Q.		Juan C.Q.	Juan C.Q.

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Diana Carolina Murillo C

Identificación: 1030229977

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Agosto																													
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR		Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo		Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo			Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo		Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo		Carolina Murillo	Carolina Murillo

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Ledy Lina Maria Restrepo

Identificación: 1.128.273.492

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del Impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro de cada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Abril																														
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO				NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO				NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO				NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO				NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO				NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO				NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO				NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR	/	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.		Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.				Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.		Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.		Lina María R.P.	Lina María R.P.

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONAVIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Juan Carlos Cano

Identificación: 15265871

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: AGOSTO																														
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO		NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO						
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO		NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO						
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO		NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO						
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO		NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO						
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO		NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO						
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO		NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO						
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de Investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO	/	/	NO	NO	NO		NO	NO	/	/	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO						
FIRMA DEL TRABAJADOR		Juan C	Juan C	Juan C	Juan C	Juan C	/	/	Juan C	Juan C	Juan C		Juan C	Juan C	/	/	Juan C	Juan C	Juan C	Juan C	Juan C		Juan C	Juan C	Juan C						

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Omar Alexis Bledsoe

Identificación: 1.152.222.637

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Agosto																															
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO			/	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO				NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO				NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	/			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	/	NO	NO	NO	NO	NO	/		NO	NO	NO	NO	NO				NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		/		NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	/	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	/			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR		ALEXIS V.	ALEXIS V.	ALEXIS V.	ALEXIS V.	ALEXIS V.	/		ALEXIS V.	ALEXIS V.	ALEXIS V.	ALEXIS V.	ALEXIS V.				ALEXIS V.	ALEXIS V.	ALEXIS V.	ALEXIS V.	ALEXIS V.		ALEXIS V.	ALEXIS V.	ALEXIS V.	ALEXIS V.	ALEXIS V.		ALEXIS V.	ALEXIS V.

Escaneado con CamScanner

84

COTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Kaid Mauricio Bedoya

Identificación: 1.039.900.197

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro de cada casilla según corresponda

MES: AGOSTO

DETALLE/ DIA DEL MES	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las últimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO																			
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO																			
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO																			
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO																			
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO																			
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO																			
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO																			
FIRMA DEL TRABAJADOR		Kaid	Kaid	Kaid	Kaid	Kaid			Kaid	Kaid	Kaid	Kaid																			

Escaneado con CamScanner

SOLARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Dany Alejandro Velasquez

Identificación: 1.018.372.425

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminucion del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Febrero																														
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																															

Escaneado con CamScanner

842

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Daniela ochoa

Identificación: 1152210236

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Agosto																														
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR		Daniela O	Daniela O	Daniela O	Daniela O	Daniela O			Daniela O	Daniela O	Daniela O	Daniela O	Daniela O	Daniela O			Daniela O	Daniela O	Daniela O	Daniela O	Daniela O		Daniela O	Daniela O	Daniela O	Daniela O	Daniela O	Daniela O		Daniela O	Daniela O

843

SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Dany Cardona

Identificación: 37581139

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

MES: Agosto

DETALLE/ DIA DEL MES	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 dias contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																															

SOLARTEC SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Yeison Correa.

Identificación: 1128453220

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

MES: Agosto

DETALLE/ DIA DEL MES		1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							
5. ¿Tiene mucosidad nasal?			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							
7. Usted ha tenido en los últimos 14 dias contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							
FIRMA DEL TRABAJADOR			Yeison correa.	Yeison correa.	Yeison correa.	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa	Yeison correa								

884

SUMICO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Yeison Ruiz

Identificación: 1193232357

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

MES: Agosto

DETALLE/ DIA DEL MES	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR		Yeison	Yeison	Yeison	Yeison	Yeison			Yeison	Yeison	Yeison	Yeison	Yeison	Yeison			Yeison	Yeison	Yeison	Yeison	Yeison		Yeison	Yeison	Yeison	Yeison	Yeison	Yeison		Yeison	Yeison

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Juan Gabriel Cogollo

Identificación: 73755528

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	S D																														
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																															

D MES: Agosto D

845

SOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Juan David Gutierrez

Identificación: 1128421122

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

MES: Agosto

DETALLE/ DIA DEL MES	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																															

	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Jaiver Villegas

Identificación: 71353267

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro de cada casilla según corresponda

MES: Abril

DETALLE/ DIA DEL MES	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
FIRMA DEL TRABAJADOR		Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas			Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas			Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas	Jaiver Villegas		Jaiver Villegas	Jaiver Villegas

Escaneado con CamScanner

CONTROL DE INGRESO DE PERSONAL A OBRA COVID-19

Fecha: _____ Lugar: _____

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
31	Paola cano	1001233734	30/07/21	30/07/21		Comunidad	3167997777	NO	NO		Paola cano
32	Luis A. Taborda	3359458	4:00	30/07/21		Comunidad	—	NO	NO		
33	Luis Correa	98.551972	4:00	30/07/21		Secretaria de seguridad correcion	3103297020	NO	NO		
34	Angela mesa	43615168	30/07/21	30/07/21		comunidad	3015222037	NO	NO		Angela Sosa
35	Maria Alejandra Gallo	1152461429	9/08/21	9:00am		SIF	3005944482	NO	NO		Maria Alejandra Gallo
36	Vargas Tobar	304654664 CC. 1128.902.50	9/08/21	9:00 am		SIF	3046459661	NO	NO		
37	MARCELA FUENTES	1038108968	9/08/21	8:00AM		FACTOR INGENIERÍA	3135487702	NO	NO		
38	Carolina Murillo	1035224977	9/08/21	9:00		(FACTOR) Ingeniería	3214969652	NO	NO		Carolina Murillo
39	Juan Carlos Montoya	8.434.499	9/08/21	9:00		Sotavios AS	3105952907	NO	NO		
40	Margarita Ro	43528.714	9/8/21	9:00		SIF	31220632793	NO	NO		
41	JOHN BAYRON SERNA V	71.615.866	09/08/21	9:00		SIF	319-417-8891	NO	NO		
42	Julian Vasquez M	71299710	9/8/21	900		Interventoria	3206625803	NO	NO		
43	Luis Correa	18551951	9/8/21	9:00		corregidor	3103297010	NO	NO		
44	Fredy Loaiza	1152445106	9/08/21	9:00		SAL	3108349001	NO	NO		Fredy A. Loaiza
45	MARCELA FUENTES	1038108968	9/08/21			FACTOR ING.	3135487702	NO	NO		

Escaneado con CamScanner

Fecha: _____ Lugar : _____

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Diana C. Velásquez	1020447660	11/08/21			sotarco	3137909997	NO	NO	1	
	[illegible]	43276015	11/8/21			FACTOR ING	300 5438829	NO	NO		
	María Alejandra Gallo	1152461427	11/8/21			SIF	3005942482	NO	NO		
	Julian Vasquez	71279710	11/8/21			FACTOR ING	320 6662503	NO	NO		
	Sebastián Betancur	1020492914	11/8/21			Factor Ingeniería	3146873298	NO	NO		
	Diana Hernandez	1012169420	11/8/21			Sotarco	3013593031	NO	NO		
	JOHN BAYRON SERNA V	71.615.366	11/08/21			SIF	3134173591	NO	NO		
	Juan Carlos. Morfa	8.434.444				Sotarco	3057572074	NO	NO		
	SANTIAGO TABORDA	71787734				SOTARCCO	3206767607	NO	NO		
	David García Mejía	1037646735				DAGRD	3137452934	NO	NO		
	Leandro Vila	1037781	13/08/21			Diseñador	3206468276	NO	NO		
	Juan Vanegas	1036604983					3014761311	NO	NO		
	Mario Alejandro Gallo	1152461427	25/08/21			SIF	3006942482	NO	NO		
	MARCELA FUENTES	1038108968	25/08/21			FACTOR ING	3135487702	NO	NO		
	Sebastián Betancur	1020492914	25/08/21			Factor Ingeniería	3146873298	NO	NO		

Escaneado con CamScanner

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes sintomas tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	[illegible]	43276055	25/8	840		FACTOR ING	300 5458889	NO	NO		
	Andrés Villa	1001235890	25/08	3:00			313761 0632	NO	NO		Andrés
	Yamile Arroyave	1001479955	25/08	3:00			3196129082	NO	NO		Yamile
	Luz Estela Toaiza R	42771008	25/08	3:1PM			3045512140	NO	NO		Luz Estela T.R.
	Juan Felipe Medina Peña	1040321336	25/08	3:00		Factor	3113606227	NO	NO		
	SANTIAGO APARICIO MÉ	71787334	25/08	11:00		SOFANCOSAS	3206767617	NO	NO		
	Cadina Mario	1037224477	20/08			Solarco	3219469632	NO	NO		
	Diana Hernandez	1017169820		3:00pm		Solarco	3213549308	NO	NO		
	? (ad AOrrego	71694061	31/07	2:00p		SGCT		NO	NO		
	Marcela Bernal	43255066	31/08/21	2:00pm		SGCT	3166603877	NO	NO		
	MARCELA FUENTES B	40387089688	31/08/21			FACTOR ING	3135487702	NO	NO		
	[illegible]	43276055	31/8/21	2:30		FACTOR ING	300 5458889	NO	NO		
	JOHN BAYRON SERNA	71.615.866	31/08/21	2:30		SJF	3194178891	NO	NO		

Escaneado con CamScanner

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar: SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	[illegible]	43271605	30/8	9:00			300 5458829	NO	NO		
	Alejandra Vargas A	1026150004	30/8	9:00			3174714572	No	No		Alejandra Vargas
	JOHN BAYRON SERNA V	71.615.866	30/08	9:00			3194178881	NO	NO		
	JOSE MANUEL RIOS	97 402.211	30/08	9:00		SIF	3167356886	NO	NO		
	Carlos Mario [illegible]	71611245	3/08	9.00		SIF	3246184783				
	Marcela Fenix [illegible]	1038108568	3c/08	9.00		Factoring	3135487700	NO	NO		Marcela Fenix
	Diana Y [illegible]	1017169820	30/08	9.00		Sotarco	3013598305	NO	NO		Diana
	Jesus [illegible]	1128421122	31/08/21	7.00	5:00	Stc	3176078771	NO	NO		
	Gabriel [illegible]	98755528	31-08 2021	700	5pm	Sotarco	3137598245	no	no		
	Jaiver villegas	71353267	31/08/21	7:00	5:00	SOTARCO	X	no	no		Jaiver
	Yeisson Ruiz	— —	31-08 2021	700	5PM	sotarco	— —	no	no		
	Daily Cardona	37581371	31/08/21	700	5pm	Sotarco	3144516221	no	no		
	DANIELA OCHOA	1152210230	31/08	7:00		SOTARCO	3008834360	no	no		
	Sara Hernandez	1036676149	31/08	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	Jaiver villegas	71353267	01/09/21	700	5:00	Sotarco	X	no	no		Jaiver

080

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar: SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Juan Obando	1.128.444.122	30/08/21	7:00	5:00	Stc	3176078077	NO	NO		
	Gabriel Cogollo	78755528	30-08 2021	900	5pm	Sotarco	3137598245	No	NO		
	Yeison Ruiz	— —	30-08 2021	700	5PM	S-tc	— —	NO	NO		YESion
	Jaime Urrego	77353267	30/08/21	7:00	5:00	SOTARCO	X	NO	NO		
	Juan Carlos Monto	9.434.495	30/08/21	7:10		Sotarco	— —	NO	NO		
	Dary Ocoleo	57561814	30/08/21			SOTARCO	3144394417 X	NO	NO		
	Daniela Ochoa	1152210230	30/08	7:00		Sotarco	3008884344	NO	NO		
	Sandra Botero	71787814	30/08	7:30		SOTARCO SAS	3206767617	NO	NO		
	Sara Hernández	1036666449	30/08	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	Julian Vasquez	71277710	30/8	8:20		factoring	3206625	NO	NO		
	Juan Felipe Medina	1.040321536	30/8	8:30		Factor	3113606	NO	NO		
	Victor H. Ruiz	98.523.886	30/8	9:00		Responsable	3136222610	NO	NO		
	Francisco Javier	70431456	30-08	9:00AM		Indepo.	3173717435	NO	NO		
	Edith Gómez Q.	43161846	30/8/21	9:15			3008711980	NO	NO		
	Sebastián Betancur	1020442914	30/8/21	9:20		Factor Ingeniería	3146873898	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar: SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID - 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Gabriel Cogollo L	78755528	27-08-2021	7 00	3 PM	Solarco	3137598245	NO	NO		
	Yeison Ruiz	— —	27-08-2021	700	3 PM	S + C	— —	NO	NO		
	Saiver Villegas	7735320	27/08/21	7:00	3:00	SOLARCO	X	NO	NO		
	Daniel Cadena	3758139	27/08/21	7:00		Solarco	X	NO	NO		
	Marcela Fuentes	1038108868	8:00			FACTOR ING	3135489202	NO	NO		
	Diana Hernandez	1017164 020	8:00			Solarco	3013593031	NO	NO		
	DANIELA CHICA	1152210236	27/08 7:00	3:00	3:00	SOLARCO	3008334340	NO	NO		
	Sara Hernández	1036767449	7:00	3:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	[illegible]	[illegible]	28/08/21	7:00	5:00	S + C	3147697077	NO	NO		
	Gabriel Cogollo L	78755528	28-08-2021	7 00	12 00	Solarco	3137598245	NO	NO		
	Yeison Ruiz	— —	28-08-2021	700	1200	S + C	— —	NO	NO		
	Saiver Villegas	7735326	28/08/21	7:00	12:00	SOLARCO	X	NO	NO		
	Sara Hernandez P	1036767449	28/08	7:00	12	factoring	3205402685	NO	NO		
	Dani Cadena	3758139	28/8	7:00		Solario	3144321021	NO	NO		
	Daniela Ochoa	1152210236	28/08	7:00		SOLARCO		NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Juan David Gil	1128421172	25/08/21	7:00	5:00	STC	3176778077	NO	NO		
	Gabriel Cogollo	78755528	25-08-2021	7:00	5pm	STC	3137598245	NO	NO		
	Javier Villegas	77353267	25/08/21	7:00	5:00	Soltarco	X	NO	NO		
	Yeison Ruiz	—	25-08-2021	7:00	5pm	Soltarco	—	NO	NO		
	Daniela Ochoa	1152210236	25/08	7:00		Soltarco	[illegible]	NO	NO		
	Daily Cadena	37581159	25/08	7:00	5:00	Soltarco	[illegible]	NO	NO		
	Sara Hernandez	1036676449	25/08	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	Juan David Gil	1128421172	26/08/21	7:00		STC	3176778077	NO	NO		
	Gabriel Cogollo	78755528	26-08-2021	7:00	5pm	STC	3137598245	NO	NO		
	Javier Villegas	X	26/08/21	7:00	5:00	Soltarco	X	NO	NO		
	Yeison Ruiz	—	26-08-2021	7:00	5pm	STC	—	NO	NO		
	Daniela Ochoa	1152210236	26/08	7:00	5:00	Soltarco	[illegible]	NO	NO		
	Daily Cadena	37581159	26/08	7:00		Soltarco	[illegible]	NO	NO		
	Sara Hernandez	1036676449	26/08	7:00	5:00	factoring	3205402685	NO	NO		
	Juan David Gil	1128421172	27/08/21	7:00	5:00	STC	3176778077	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar: SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: los o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Sebastian Betancur	1020442914	23/08/21	9:00		Factor Ingeniería	3146573292	NO	NO		
	JOHN BAYRON SERNA V	71.615.866	23/08/21	9:00		SIF	319-417-8831	NO	NO		
	Margarita Restrepo	43.528.714	23/08/21	9:00		SH	3122063270	NO	NO		
	Maria Alejandra Gallo	1152461788	23/08/21	9:00		SIF	3006942482	NO	NO		
	Elkin [illegible]	1007808[illegible]	23/08/21	9:00		Inversiones ARC	3103314110	NO	NO		
	Diana Hernandez	1017169820	23/08/21	9:00		Solarco	3013593037	NO	NO		
	Diana C. Velasquez	1020447000	23/08/21	9:30	—	Solarco	3137900997	NO	NO		
	Alejandra Vargas H	1026150004	23/08/21	9:00		factor ingen	3174714512	No	NO		
	[illegible]	1128[illegible]	24/08/21	7 8		S t C	3146078077	NO	NO		
	Gabriel Cogollo	78755528	24-08 2021	9:00	5 PM	Solarco	3137598245	NO	NO		
	Yeison Rivera	— —	24-08 2021	7:00	5 PM	S t C	— —	NO	NO		
	Saul Villegas	71353267	24/08/21	7:00	5:00	Solarco	X	no	no		
	DANIEL OCHOA	1152210236	24/08	7:00		Solarco	3008334344	no	no		
	Dally Cadeo	8358139	24/08/21	7:00		Solarco	3148199214	no	no		
	Sara Hernandez P	1036767449	24/08	7:00		factor ing	3205402685	NO	NO		

252

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar: SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	DANIELA OCHOA	1152210236	20/08	7:00		SOTARCO	3008834344	NO	NO		
	Alejandra Vargas Herrera	1026150064	20/08	2:00		factor ingenio	3174714572	NO	NO		
	Maricel Alejandra Cadavid	1152461427	20/08	3:30		SIF	3005942482	NO	NO		
	JOHN BAYRON SERNA V	71.615.866	20/08/21	3:30		SIF	319-417-8891	NO	NO		
	Diana C. Velásquez	1020477069	20/08/21	9:00	5:00	Sotarco	3137909997	NO	NO		
	JUAN DAVID GOMEZ	1128421112	21/08/21	7:00	5:00	STC	3217822649	NO	NO		
	Sabrina Cossio	78755.528	21-08-2021	7:00	12:00	S.T.C	3137598245	NO	NO		
	Jessica Velez	7735326	21/08/21	7:00	17:00	Sotarco	X	NO	NO		
	Yeison Correa	1128558220	21/08	7:00	12:00	SOTARCO	3202029532	NO	NO		
	Elop Mercado	1045879510	21/08	7:00		Invernal	3225475330	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	21/08	7:00		factoring	3205407685	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	21/08	7:00		SOTARCO	3008834344	NO	NO		
	Daly Cadavid	3881139	21/08	7:00		SOTARCO	3144374121	NO	NO		
	Elian Campo	1007908389	21-08-21	7:00		INVERNAR ARC	3163317210	NO	NO		
	Jesse [illegible]	[illegible]	21/08	7:00		Invernar	3147[illegible]92	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar: SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Jhon Edward Gon.	1128421122	23/08/21	7°	8	Stc	3176078077	NO	NO		
	Gabriel Cogollo	98755528	23-08 2021	7:00	5PM	S.t.C	3137598245	NO	NO		
	Yeison Ruiz	—	23-08 2021	7:00	5PM	S+C	—	NO	NO		
	Javier Villegas	71373267	23/08/21	7:00	5:00	Soterco	X	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	23/08	7:00		SOTARCO	3008284304	NO	NO		
	Dally Cano	31581184	23/8	7:00		SOTARCO	3147437001	NO	NO		
	Yoy mercado	1045517510	23/08	7:00		invernar	3225425339	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	23/08	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	SANTIAGO TABORDA	7178733411	23/08	7:10		SOTARCO	3206767467	NO	NO		
	Juan Carlos Muñoz	9.434.494	23/08	7:10		soterco	3105953002	NO	NO		
	Yhon V R	71779710	23/8	8:30		Interventoria	3206625003	NO	NO		
	Anderson R	1037664852	23/8	7:60		Inversiones	3044965604	NO	NO		
	Jean Felipe M	1040321586	23/8/21	8:30		Factor	3113602027	NO	NO		
	Marcela Frenitez	1038100868	23/08/21	9:00		factor	3135487702 300	NO	NO		
	Gloria Castro Garcia	43276015	23/08	9:00		FACTORING	5458829	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar: SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Gabriel cogollo	78755528	18-08 2021	7:00	5 PM	Sotarco	3137598245	NO	NO		
	Saiver villegas	7735320	18/08/21	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		
	YEison V.		18-08 2021	7:00	5 pm	Sotarco	— —	NO	NO		
	Floy Mercado	1045577540	18/08	7.00	5.PM	internal	3225433330	NO	NO		
	yason correa	1128458220	18/08	7:00	5 PM	SOTARCO	3103029572	NO	NO		
	Daniela OCHOA	1152210236	18/08	7:00	5:00	SOTARCO	3008834349	NO	NO		
	Adrian Zuluaga	1037606943	18/08	7:00		mantenimiento	3014656243	NO	NO		
	Daniel Cadavid	3159[illegible]	18/08/21	7:00		SOTARCO	3144379421	NO	NO		
	SAMUEL TORO	7[illegible]	18/08/21	11:00		SOTARCO	3206706164	NO	NO		
	Sara Hernández Pineda	1036676749	18/08	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	Jorge Andres	1128[illegible]	[illegible]	7:00		STC	3207842669	NO	NO		
	Gabriel cogollo	78755528	19-08 2021	7:00	5PM	sotarco	3137598245	NO	NO		
	Saiver villegas	77353267	19/08/21	7:00	5:00	sotarco	X	NO	NO		
	Yeison Ruiz	— —	19-08 2021	7:00	5PM	STC	— —	NO	NO		
	Yeison correa	1128458220	19/08	7:00	5 PM	sotarco	3103029572	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar: SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	DANIELA OCHOA	1152210236	14/08	7:00		SOTARCO	3008834344	NO	NO		
	Sara Hernandez	1036676749	14/8	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	Daly Cadena	37581139	14/08	7:00		SOTARCO	3144378044	NO	NO		
	Jorge Ospina	1128542122	14/08	7:00		STC	3176074	NO	NO		
	Gabriel Cosollo	78755528	17-08 2021	7:00	5 PM	STC	3137598245	NO	NO		
	Scarlet Villegas	1153532	17/08	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		
	YEISON RUIZ	— —	17-08 2021	7:00	5PM	STC	— —	NO	NO		YEISON
	FLOR MERCADO	1045517510	17/08	7:00	5:PM	MINERAL	3225405330	NO	NO		FLOR
	Sara Hernández	1036676749	17/08	7:00	5 pm	factoring	3205402685	NO	NO		
	MARCELA FUENTES	1038108868	17/08	8:00	5 PM	Factoring	3135487702	NO	NO		
	Alejandra Vargas	1026150004	17/08	8:00	12 M	factoring	3174714572	NO	NO		
	Daly Cadena	37581139	17/08	7:00		SOTARCO	3144378044	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	17/08	7:00		SOTARCO	3008834344	NO	NO		
	Diana C. Velasquez	1020447060	17/08	8:00	5:00	Sotarco	3137904777	NO	NO		
	Jorge Ospina	1128542122	18/08	7:00		STC	3176085971	NO	NO		

854

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	[illegible]	1128542172	13/08/21	7 8		S+C	3217282649	NO	NO		[signature]
	Gabriel cogollo	98 7 55528	13-08 2021	7 00	3PM	S+C	3137598245	NO	NO		[signature]
	Saiver villegas	7735326	13/08/21	7:00	3:00	Sotarco	X	NO	NO		[signature]
	Yeison ruiz	X	13-08 2021	7 00	3pm	Sotarco	X	NO	NO		YEISON
	Yason Correa	1128458220	13/08	700	3 PM	Sotarco	3203029562	NO	NO		[signature]
	DANIELA OCHOA	1152210235	13/08	7:00		Sotarco	3008831344	NO	NO		[signature]
	Sara Hernandez P	1036676749	13/08	7:00		Factor Ing	3205402684	NO	NO		[signature]
	Darcy Calle	37581139	13/8/21	7:00		Sotarco	3144[illegible]	NO	NO		[signature]
	Ploy [illegible]	1045517540	13/08/21	7.00		Inversor	3225425330	No	No		[signature]
	Diana Hernandez	1017169820	13/08/21	1:00		Solarco	3013547303	NO	NO		[signature]
	[illegible]	432760[illegible]	13/8/21	1:00		Factor Ing	300 5458829	NO	NO		[signature]
	[illegible]	1128421[illegible]	14/8/21	7 0		S+C	3176078[illegible]	NO	NO		[signature]
	Gabriel cogollo	78755528	14-08 2021	700	12:00	Sotarco	3737598245	NO	NO		[signature]
	Saiver villegas	7735326	14/08/21	700	1200	Sotarco	X	NO	NO		[signature]
	YEISON RUIZ	X	14-08 2021	700	1200	Sotarco	X	NO	NO		YEISON
	Yason correa	1128458220	14/08	1700	1200	STC	1128458220	NO	NO		[signature]

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Gabriel cogollo	98755528	09-08-21	7:00	5PM	S.A.C	3137598245	NO	NO		
	YEison Ruiz	1.193.232.351	09-08-2021	7:00	5PM	S.A.C	3116943698	NO	NO		YEison
	Gabriel Cogollo	98 755528	12-08-2021	7:00	5PM	S.A.C	3137598245	NO	NO		
	YEison ruiz	1.193.232.351	12-08-21	7:00	5PM	S.A.C	3116943698	NO	NO		YEison
	Javier Villegas	71353877	12/08/21	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		Javier
	Yeison correa	1128458826	12/08	7:00	5:00	Sotarco	3136308578	NO	NO		Yeison correa
	Darly Cadavid	35581134	12/08/21	7:00		Sotarco	3144379921	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	12/08	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	Daniela Ochoa	1152210236	12/08	7:00	5:00	Sotarco	3008834388	NO	NO		
	Hoy no labo	1045507810	12/08	7.00		Universal	3225433580	NO	NO		
	Diana Hernandez	1017169820	12/08	9:30		Sotarco	3013593031	NO	NO		
	Diana C. Velásquez	1020447080	12/08	9:30		Sotarco	3137909997	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Adesun Rodrigues	1037624851	19/08	7:00		Invernal ARL	3044656243	NO	NO		
	Noel mercado	1045517540	19/08	7.00		Invernal	3225435330	NO	NO		Noel
	Sara Hernández	1036676744	19/08	7:00		factoring	3205402685	No	No		Sara Hdz
	Dany Cadena	37581139	19/08	7:00		Outco	3144374211	NO	NO		
	Jhon David [illegible]	1128421172	20/08/21	7:00		S+C	3207882649	NO	NO		
	Gabriel Castaño L	78755528	20-08-2021	7:00	5PM	S+C	3137592245	NO	No		
	Yeison Correa	1128458220	20 21	7:00	5PM	Soforco	3203074982	NO	NO		Yeison Correa
	Jacver Villegas	7735326	20/08/21	7:00	3:00	Soforco	X	NO	NO		
	Yeison Ruiz	—	20-08-2021	7:00	3PM	S+C	—	NO	NO		YEISON
	Noel mercado	1045517540	20/21	7:00		Invernal	3225435330	NO	No		Noel
	Sara Hernández	1036676744	20/08	7:00		factoring	3205402685	No	NO		Sara Hdz
	Dany Cadena	37581139	20/08	7:00		Soforco	3144374211	NO	NO		
	Elkin campo	1037408389	20-08	7:00		Invernar ARL	8163311210	NO	NO		
	Jhoana Castaño	43276015	20/08	10:00		FACTORING	3004588029	NO	NO		
	Adesun Rodrigues	1037668831	20/8	7:00		Invernal ARL	3044656243	No	No		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Dary Ocla	375539	10/08/20	7:00	1:30pm	Sitio	3144572011	NO	NO		
	Sara Hernández P	1036676749	10/08	7:00		factor ing	3205462685	NO	NO		
	Adelson h	1037668[illegible]	10/8	7:00		[illegible]	3014635624	NO	NO		
	Juan David Gil	1128411[illegible]	11/08/20	7:00		SFC	3217862049	NO	NO		
	Gabriel cocollo	98755520	11-08 2021	700	5PM	SFC	3133598245	NO	NO		
	Saves villegas	F7355767	11/08/21	700	500	Sotarco	X	NO	NO		
	YEISON RUIZ		11-08 202-	7:00	5PM	SFC		NO	NO		YEISON
	YEISON CORREA	1128938220	11/08	700	5PM	SOTARCO	320[illegible]2	NO	NO		YEISON CORREA
	DANIELA OCHOA	1152210236	11/08	7:00		SOARCO	3008834344	NO	NO		
	Dary Ocla	375581[illegible]	11/08/21	7:00		Sotarco	3144572011	NO	NO		
	Eloy mercado	1045517500	11/08/20	7:00		interna	3225425330	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	11/08	7:00		factor ing	3205402685	NO	NO		
	Elian campo	1037408389	11/08/21	7.00		inversiones ARC	3163311210	NO	NO		
	Juan Felipe Mesa	1037[illegible]	11/08/21	11:00		Factor	3117366224	NO	NO		
	Jhon David G	1128[illegible]	11/08/21	7°		SFC	321 7929049	NO	NO		

956

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Saiver Vélez	7735326	08/08/21	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		Saiver
	Yerson Correa	3203029572	08/08	7:00	5:00	Sotarco	3203029572	No	No		Yerson Correa
	DANIELA OCHOA	1152210236	09/08	7:00	5:00	SOTARCO	3008334344	NO	NO		Daniela
	Daisy Tejeda	31581354	09/08	7:00	5:00	SOTARCO	3144356421	NO	NO		Daisy
	Alejandra Vargas	1026150004	09/08	7:30		Factor Ingeni	3174714512	NO	No		Alejandra Vargas
	Sara Hernández	1036676749	9/08	7:00	5:00	Factoring	3205402685	NO	NO		Sara Hdz
	Eloy Morales	1045517540	9/08	7:00	5:00	Mvarrar	3225425330	No	NO		Eloy
	Anderson Rendres	1037664820	9/08	7:00	5:00	Mvarrar	3044196822	No	NO		Anderson
	JOHN DAVID GA	1128 [illegible]	10/08/21	7:00	5:00	STC	3176077077	NO	NO		John David
	Gabriel Cogollo	98755528	10-08 2021	7:00	5 PM	STC	3137598245	NO	NO		Gabriel Cogollo
	Saiver Vélez	7735326	10/08/21	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		Saiver
	YEISON RUIZ	1.093232351	10-08 2021	7:00	5 PM	STC	3116943698	NO	NO		YEISON
	Yerson Correa	1128458220	10/08	7:00	5 PM	SOTARCO	3203029572	NO	NO		Yerson Correa
	DANIELA OCHOA	1152210236	10/08	8:00		SOTARCO	3008334344	NO	NO		Daniela
	Eloy Morales	1045517540	10/08	7:00		Internal	3225433330	NO	NO		Eloy

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Gabriel cogollo	78755528	05-08-21	7:00	5.PM	Sotarco	3137598245	NO	NO		
	YEISON R	1.193232351	05-08-21	7:00	5 PM	Sotarco	3116943698	NO	NO		
	Yeison correa	1128458220	05/08	7:00	5 PM	Sotarco	3203029572	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	05-08	7:00	5:00	SOTARCO	3008834344	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	05/08	7:00	5:00	Factor Ing	3205402685	NO	NO		
	Daiver Vale	3753184	05/08	7:00	5:00	Sotarco	3144374	NO	NO		
	Yeison David Gil	1128421111	06/08/21	7:00	5:00	STC	3176078077	NO	NO		
	Gabriel cogollo	78755528	07-08-21	7:00	3:PM	STC	3137598245	NO	NO		
	Saiver Villegas	71353267	06/08/21	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		
	YEISON R	1.193232351	07-08-21	7:00	3 PM	STC	3116943698	NO	NO		
	Yeison correa	1128458220	06/08	7:00	3P	Sotarco	3203029572	NO	NO		
	Julian Vasquez	7472999410	6-8	7am	8am	Alterntor	3206625083	NO	NO		
	Sara Hernández Pineda	1036676749	06/08	7:00	3pm	Factor Ing	3205402685	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	06/08	7:00		SOTARCO	3008834344	NO	NO		
	Yeison David G.	1128421111	08/08/21	7:00		STC	3176078077	NO	NO		

857

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Davy Ocha	3758134	3/08/21	7:00		Sotaco	3144[illegible]	NO	NO		
	Alejandra Vargas	1026150004	3/08/21			factor ingeni	3174714572	No	No		
	Sara Hernández	1036676749	03/08	7:00		factoring	3205402685	NO	No		
	Juan David Bolaño	71384038	03/08	700		inorgum	3014824402	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	03-08	7:00		SOTARCO	3008834314	NO	NO		
	Jorge Ramírez	1128421122	03/08/21	7:8		S+C	3176078074	NO	NO		
	Gabriel Cogollo	78755528	04 08 2021	700	SPM	Sotarco	3137598245	NO	NO		
	Saiver villegas	77353267	04/08/21	700	500	Sotarco	X	NO	NO		
	YEISON R			7:00	SPM	S+C		NO	NO		
	YEISON CORTES	1128458220	0408/	700	SPM	SOTARCO	3203029572	NO	NO		
	Davy Ocha	3758134	04/08/21	7:00	5:00	S+Co	3144318044	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	04/08	7:00	5:00	factoring.	3205402685	No	No		
	DANIELA OCHOA	1152210236	04/08	7:00	5:00	SOTARCO	3008834314	NO	NO		
	Jorge Ramírez	1128421122	05/08/21	7:8	5:0	S+C	3176078074	NO	NO		
	Saiver villegas	77353267	05/08/21	700	500	Sotarco	X	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar: SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Jhon Jairo Pineda	1146438866	2/07/21	7:00		INCIGAM	3148773863	NO	NO		Jhon Jairo
	Sara Hernández	1036676440	02/07	7:00		Factoring	3205402685	NO	NO		Sara Hdz
	Anderson [illegible]	[illegible]	02/07	7:00		[illegible]	3044656943	NO	NO		[illegible]
	Elian Campo	1007[illegible]	02-08-21	7:00		Inversiones ARB	3103314140	NO	NO		Elian
	Sebastián Betancur	1020449291	2/08/21	10:00		Factor Ingeniería	3146873205	NO	NO		Sebastián Betancur P.
	Marcela Fuentes	1038108960	2/8/21	10:00		Factor ingeniería	3195467702	NO	NO		Marcela
	Maria Cristina Garcia	54588829 (300)	2/8/21	10:00		FACTORING	4327[illegible]015	NO	NO		[illegible]
	Dany Cadavid	37581391	2/8/21			Atalle	3144[illegible]41	NO	NO		[illegible]
	Juan Felipe M.	1040321331	2/8/21			Factor	3113[illegible]22	NO	NO		[illegible]
	[illegible]	[illegible]	3/08/21	7:00		SAC	3176078077	NO	NO		[illegible]
	Gabriel [illegible]	98755528	03-08-21	7:00	5PM	SAC	3137598245	NO	NO		Gabriel
	Saiver Vallejo	77353267	03/08/21	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		Saiver
	YEISON V		03-08	7:00	5PM	Sotarco	3116943898	NO	NO		YEISON
	Jhon Jairo Pineda	1146438866	3/08/21	7:00	No Sale	INCIGAM	3148773863	No	No		Jhon Jairo
	Yeison correa	1128458220	3/8	7:00	5	Soturco	3203295[illegible]	NO	NO		Yeison correa

858

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigacion o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
182	[illegible]	[illegible]	3/08/20	7:00		S+C	3146078677	NO	NO		
183	Gabriel cogollo	78255528	31-07	7:00	12:00	S+C	3137598245	NO	NO		
184	Jhon Jairo [illegible]	[illegible]	31/07	7:00	N/D Se	INCigarm	3148798862	NO	NO		
185	Jaiver Villega	77 35326	31/07	7:00	5:00	Sotarco	X	no	no		
186	Yeison Ruiz		31-07	7:00	12:00	Sotarco		NO	NO		
187	Yeison Andres	1128459800	31-07	7:00	5:00	Sotarco	3206302895	No	No		
188	Sara Hernandez	1036407419	31/07	7:00		Factoring	3205402685	NO	NO		
189	Anderson [illegible]	1037608852	31/07	7:00		Incarm	3014865213	NO	NO		
190	Eloy mercado	1065517510	31/07	7:00		INCIGARM	3223103320	No	NO		
191	Yeison Eduardo [illegible]	1128462862	02-08	7:00		S+C	3146078677	NO	NO		
192	Gabriel cogollo	78255528	2-08	7:00	5 pm	Sotarco	3137598245	NO	NO		
193	Jaiver villega	77353267	02/08/20	7:00	5:00	Sotarco	X	No	No		
194	Yeison Ruiz		02-08	7:00	5 PM	Sotarco		NO	NO		
195	Yeison Ramirez	1128458800	02-08	7:00	5pm	Sotarco	3202074578	No	NO		
196	Daniela Ochoa	1152460236	02-08	7:00		Sotarco	3003682854	NO	NO		

CARTA DE COMPROMISO Y CUESTIONARIO COVID-19

SOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	COMPROMISO DEL TRABAJADOR	Versión: 001
		Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

Yo Juan Carlos Cano Quintero,
mayor de edad, identificado(a) con cédula No. 15 265 871 de Ebejico Antioquia. en mi condición de trabajador de la obra _____ por medio del presente escrito manifiesto que me he presentado a mi lugar de trabajo de forma voluntaria. Así mismo manifiesto que me encuentro en buen estado de salud, que no tengo ningún síntoma sugestivo o indicativo de COVID-19 y que he recibido por parte de mi empleador la información y capacitación necesaria sobre los síntomas, riesgos, forma de propagación y los cuidados laborales y personales que se deben tener; y se me han brindado los elementos de bioseguridad requeridos para continuar con las labores propias de mi cargo y me comprometo a utilizarlos en la forma indicada y responsable , para efectos de cuidar mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Adicionalmente, soy consciente que el COVID-19, es una enfermedad de fácil y de rápida propagación que se puede adquirir en cualquier momento, razón por la cual me comprometo a informar a mi superior, cualquier variación en mi estado de salud o la de mis compañeros.

Atentamente,

Juan Carlos Cano Q

NOMBRE DEL TABAJADOR
C.C 15 265 871

Escaneado con CamScanner

SOYASCO SAS Ingenieros - Contratistas	COMPROMISO DEL TRABAJADOR	Versión: 001
		Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

Yo.....Omar Alexis Ordoñez Giraldo.....,
mayor de edad, identificado(a) con cédula No. 1152222639 de
UMATA en mi condición de trabajador de la obra
_____ por medio del
presente escrito manifiesto que me he presentado a mi lugar de trabajo de forma voluntaria. Así mismo manifiesto que me encuentro en buen estado de salud, que no tengo ningún síntoma sugestivo o indicativo de COVID-19 y que he recibido por parte de mi empleador la información y capacitación necesaria sobre los síntomas, riesgos, forma de propagación y los cuidados laborales y personales que se deben tener; y se me han brindado los elementos de bioseguridad requeridos para continuar con las labores propias de mi cargo y me comprometo a utilizarlos en la forma indicada y responsable , para efectos de cuidar mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Adicionalmente, soy consciente que el COVID-19, es una enfermedad de fácil y de rápida propagación que se puede adquirir en cualquier momento, razón por la cual me comprometo a informar a mi superior, cualquier variación en mi estado de salud o la de mis compañeros.

Atentamente,

Omar Vinales

NOMBRE DEL TABAJADOR
C.C 1152222639

Escaneado con CamScanner

862

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 EN TRABAJADORES DEL PROYECTO	Versión: 001
		Fecha: 30/11/20217
		Página 1 de 2

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 EN TRABAJADORES DEL PROYECTO

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19) por parte del Proyecto, para el cuidado de su población laborante en aras de evitar el contagio masivo y cuidar a las familias y población general, estrategias enmarcadas dentro de la legislación nacional y las recomendaciones de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) y el **Ministerio de la Protección Social.**

La información aquí contenida debe ser verídica so pena de incurrir en falta al Titulo XIII, Capítulo primero, artículo 368 que hace referencia a la violación a las medidas sanitarias el cual contempla pena intramural de entre 4 y 8 años.

FECHA	07-04-1981	LUGAR DE DILIGENCIAMIENTO	Ebesico Antioquia		
NOMBRE COMPLETO	Juan Carlos Cano G			EDAD	37
IDENTIFICACIÓN	15 265 811	EMPRESA	Sotarco	CARGO	Minero y AY
TELÉFONO	324-672-98-47	LUGAR DE RESIDENCIA	San Cristobal Potal Alto		
CUÁNTAS PERSONAS COMPONEN SU NÚCLEO FAMILIAR:			4		
POR FAVOR ANOTE EL NÚMERO DE CONTACTO DE UN FAMILIAR:			320 534 93 37		

DILIGENCIE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS				
1. Ha salido del país durante los últimos 14 dias?	SI		NO	X
2. Ha tenido contacto cercano con alguna persona que haya ingresado al país proveniente de áreas con circulación del nuevo coronavirus (COVID 19)?	SI		NO	X
3. Ha tenido contacto estrecho durante los últimos 14 días con personas con diagnóstico confirmado o sospechosas de tener COVID 19? Entiéndase contacto estrecho como: - Haber estado a menos de 2 metros de un caso confirmado de COVID-19. - Una persona que tenga contacto directo, sin protección, con secreciones infecciosas de un caso de COVID-19 (por ejemplo, con la tos o la manipulación de los pañuelos utilizados). - Un trabajador del ámbito hospitalario que tenga contacto con caso probable o confirmado de COVID-19. - Una persona que viaje en cualquier tipo de transporte y se siente dos asientos, en cualquier dirección, del caso de COVID-19. Los contactos incluyen compañeros de viaje y personal de la tripulación que brinde atención al caso durante el viaje.	SI		NO	X
4. Tiene alguno de los siguientes síntomas?				
Temperatura de 38 grados o más (Fiebre) en las últimas 48 horas	SI		NO	X
Tos o estornudos frecuentes	SI		NO	X
Dolor de cabeza y malestar general	SI		NO	X
Dolor de garganta o al tragar	SI		NO	X
Mucosidad nasal	SI		NO	X
Dificultad para oler o degustar los alimentos	SI		NO	X
5. Ha sufrido de alguna de las siguientes enfermedades?				
Diabetes	SI		NO	X

Declaro que la información aquí suministrada después de leer y entender las preguntas es veridica:

Escaneado con CamScanner

Hipertensión Arterial	SI		NO	X
Otros problemas cardiovasculares: Especificarlos	SI		NO	X
Algún trastorno de la inmunidad o de las defensas	SI		NO	X
Enfermedad renal crónica	SI		NO	X
Problemas de mal nutrición (Desnutrición u Obesidad)	SI		NO	X
Asma	SI		NO	X
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI		NO	X
6. Para las mujeres: ¿Está embarazada o sospecha estarlo?	SI		NO	
7. Ha sido trasplantado o ha tenido una gran cirugía por causas no traumáticas o accidentales	SI		NO	
8. ¿Es usted un fumador(a) activo?	SI		NO	X
9. ¿Está consumiendo actualmente medicamentos antinflamatorios o acetaminofén?	SI		NO	X
10. ¿Ha tenido un aislamiento en su lugar de residencia, mínimo por dos semanas?	SI		NO	X
11. ¿Durante la cuarentena ha tenido que salir de su lugar de alojamiento por algún motivo? Si es afirmativo, describa las actividades realizadas, el lugar, la frecuencia y el tiempo que duró la actividad.	SI		NO	X
12. ¿Considera que ha estado estresado, ansioso, triste o preocupado?	SI		NO	X
13. ¿Tiene alguna dificultad familiar que le impida desarrollar su labor?	SI		NO	X
14. ¿Considera que se encuentra en condición óptima, tanto física como mental, para ingresar y continuar con su actividad laboral?	SI	X	NO	
15. ¿Está de acuerdo en cumplir a cabalidad con todas las recomendaciones y los procedimientos que la empresa ha adoptado para la preservación de la salud y el bienestar de todas las personas, dentro de cada centro de trabajo?	SI	X	NO	
16. Por favor anote el nombre y teléfono de las personas (diferentes al núcleo familiar), con las que haya tenido contacto en los últimos 15 días				
17. Usted convive con personas consideradas como de alto riesgo? Describa quien es esa persona y por qué se considera de alto riesgo.				
18. Qué medio de transporte utiliza para desplazarse desde su vivienda hacia su sitio de trabajo y viceversa?				

Firma y Cédula:

x Juan Carlos Cano Quintero
15 265 871

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 EN TRABAJADORES DEL PROYECTO	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Página 1 de 2

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 EN TRABAJADORES DEL PROYECTO

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19) por parte del Proyecto, para el cuidado de su población laborante en aras de evitar el contagio masivo y cuidar a las familias y población general, estrategias enmarcadas dentro de la legislación nacional y las recomendaciones de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) y el **Ministerio de la Protección Social.**

La información aquí contenida debe ser verídica so pena de incurrir en falta al Título XIII, Capítulo primero, artículo 368 que hace referencia a la violación a las medidas sanitarias el cual contempla pena intramural de entre 4 y 8 años.

FECHA	23/06/21	LUGAR DE DILIGENCIAMIENTO	Altavi		
NOMBRE COMPLETO	Omar Alexis Ordaz			EDAD	21
IDENTIFICACIÓN	1152222639	EMPRESA	Sotarco	CARGO	Ofical
TELÉFONO	3044059634	LUGAR DE RESIDENCIA	Villa tini		
CUÁNTAS PERSONAS COMPONEN SU NÚCLEO FAMILIAR: 3					
POR FAVOR ANOTE EL NÚMERO DE CONTACTO DE UN FAMILIAR: 3136148093					

DILIGENCIE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS					
1. Ha salido del país durante los últimos 14 días?	SI		NO	X	
2. Ha tenido contacto cercano con alguna persona que haya ingresado al país proveniente de áreas con circulación del nuevo coronavirus (COVID 19)?	SI		NO	X	
3. Ha tenido contacto estrecho durante los últimos 14 días con personas con diagnóstico confirmado o sospechosas de tener COVID 19? Entiéndase contacto estrecho como: - Haber estado a menos de 2 metros de un caso confirmado de COVID-19. - Una persona que tenga contacto directo, sin protección, con secreciones infecciosas de un caso de COVID-19 (por ejemplo, con la tos o la manipulación de los pañuelos utilizados). - Un trabajador del ámbito hospitalario que tenga contacto con caso probable o confirmado de COVID-19. - Una persona que viaje en cualquier tipo de transporte y se siente dos asientos, en cualquier dirección, del caso de COVID-19. Los contactos incluyen compañeros de viaje y personal de la tripulación que brinde atención al caso durante el viaje.	SI		NO	X	
4. Tiene alguno de los siguientes síntomas?					
Temperatura de 38 grados o más (Fiebre) en las últimas 48 horas	SI		NO	X	
Tos o estornudos frecuentes	SI		NO	X	
Dolor de cabeza y malestar general	SI		NO	X	
Dolor de garganta o al tragar	SI		NO	X	
Mucosidad nasal	SI		NO	X	
Dificultad para oler o degustar los alimentos	SI		NO	X	
5. Ha sufrido de alguna de las siguientes enfermedades?					
Diabetes	SI		NO	X	

Declaro que la información aquí suministrada después de leer y entender las preguntas es verídica:

Escaneado con CamScanner

SOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 EN TRABAJADORES DEL PROYECTO	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Página 2 de 2

Hipertensión Arterial	SI		NO		
Otros problemas cardiovasculares: Especificarlos	SI		NO		
Algún trastorno de la inmunidad o de las defensas	SI		NO		
Enfermedad renal crónica	SI		NO		
Problemas de mal nutrición (Desnutrición u Obesidad)	SI		NO		
Asma	SI		NO		
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI		NO		
6. Para las mujeres: ¿Está embarazada o sospecha estarlo?	SI		NO		
7. Ha sido trasplantado o ha tenido una gran cirugía por causas no traumáticas o accidentales	SI		NO		
8. ¿Es usted un fumador(a) activo?	SI		NO		
9. ¿Está consumiendo actualmente medicamentos antinflamatorios o acetaminofén?	SI		NO		
10. ¿Ha tenido un aislamiento en su lugar de residencia, mínimo por dos semanas?	SI		NO		
11. ¿Durante la cuarentena ha tenido que salir de su lugar de alojamiento por algún motivo? Si es afirmativo, describa las actividades realizadas, el lugar, la frecuencia y el tiempo que duró la actividad.	SI		NO		
12. ¿Considera que ha estado estresado, ansioso, triste o preocupado?	SI		NO		
13. ¿Tiene alguna dificultad familiar que le impida desarrollar su labor?	SI		NO		
14. ¿Considera que se encuentra en condición óptima, tanto física como mental, para ingresar y continuar con su actividad laboral?	SI		NO		
15. ¿Está de acuerdo en cumplir a cabalidad con todas las recomendaciones y los procedimientos que la empresa ha adoptado para la preservación de la salud y el bienestar de todas las personas, dentro de cada centro de trabajo?	SI		NO		
16. Por favor anote el nombre y teléfono de las personas (diferentes al núcleo familiar), con las que haya tenido contacto en los últimos 15 días					
17. Usted convive con personas consideradas como de alto riesgo? Describa quien es esa persona y por qué se considera de alto riesgo.					
18. Qué medio de transporte utiliza para desplazarse desde su vivienda hacia su sitio de trabajo y viceversa?	transporte público				

Firma y Cédula:

Omar Vidales 7752222639

Escaneado con CamScanner

SAN ANTONIO

ENCUESTA DIARIA DE SÍNTOMAS COVID-19

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Daniela ochoa

Identificación: 1152210236

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Agosto																														
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR		Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.			Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.			Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.		Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.	Daniela O.		Daniela O.	Daniela O.

SOTARA SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Dany Cadena

Identificación: 37581139

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

MES: agosto

DETALLE/ DIA DEL MES	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																															

SOLARGO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Yeison Correa.

Identificación: 1128458220

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

MES: Agosto

DETALLE/ DIA DEL MES	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO								
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO								
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO								
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO								
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO								
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO								
7. Usted ha tenido en los últimos 14 dias contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO								
FIRMA DEL TRABAJADOR		Yeison Correa.	Yeison Correa.	Yeison Correa.	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	Yeison Correa	———								

884

SOMMER SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Yeison Ruiz

Identificación: 1193232357

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

MES: Agosto

DETALLE/ DIA DEL MES	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR		Yeison	Yeison	Yeison	Yeison	Yeison			Yeison	Yeison	Yeison	Yeison	Yeison	Yeison			Yeison	Yeison	Yeison	Yeison	Yeison		Yeison	Yeison	Yeison	Yeison	Yeison	Yeison		Yeison	Yeison

868

SOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Juan Gabriel Cogollo

Identificación: 73755528

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	S D														D MES: Agosto														D		
	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																															

869

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Juan David Gutierrez

Identificación: 1128421122

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI** o **NO** dentro decada casilla según corresponda

MES: Agosto

DETALLE/ DIA DEL MES	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR		Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez	Juan David Gutierrez

	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Javier Villegas
Identificación: 71353267

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro de cada casilla según corresponda

MES: Agosto

DETALLE/ DIA DEL MES	1	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	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
2. ¿Tiene los o estornudos frecuentes?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
5. ¿Tiene mucosidad nasal?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No			No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		No	No
FIRMA DEL TRABAJADOR		Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas			Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas	Javier Villegas		Javier Villegas	Javier Villegas

Escaneado con CamScanner

CONTROL DE INGRESO DE PERSONAL A OBRA COVID-19

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	[illegible]	43276005	30/8	9:00			300 [illegible]	NO	NO		
	Alejandra Vargas H	1026150004	30/8	9:00			3174714572	No	No		Alejandra Vargas
	JOHN BAYRON SERNA V	71.615.866	30/08	9:00			3194178831	NO	NO		
	JOSE MANUEL RIOS	93.402.211	30/08	9:00		SIF	3167356886	NO	NO		
	CARLOS HENAO	71611245	3/08	9.00		SIF	3246184783				
	Marcela Fernandez	1038108868	30/08	9:00		Factoring	3135487700	NO	NO		
	Diana Ulloa	1017169820	30/08	9.00		Sotarco	3013597305	NO	NO		
	[illegible]	1128421122	31/08/21	7.00	5:00	Stc	3176078677	NO	NO		
	Gabriel Adolfo F	98755528	31-08 2021	700	5pm	Sotarco	3137598245	no	no		
	Jaiver Villegas	71353267	31/08/21	7:00	5:00	SOTARCO	X	no	no		
	Yeisson Ruiz	— —	31-08 2021	700	5pm	sotarco	— —	no	no		
	Dally Cardona	37581731	31/08/21	7:00	5pm	Sotarco	3144957221	no	no		
	DANIELA OCHOA	1152210230	31/08	7:00		SOTARCO	3008824360	no	no		
	Sara Hernandez	1036676749	31/08	7:00		factoring	3205402080	NO	NO		
	Jaiver Villegas	71353267	01/09/21	7:00	5:00	Sotarco	X	no	no		

812

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Juan Camilo Gar.	1128444122	30/08/21	7:00	5:00	Stc	3176078047	NO	NO		
	Gabriel Cogollo B.	9875552	30-08 2021	900	5pm	Sotarco	3137598245	No	No		
	Yeison Ruiz	— —	30-08 2021	700	5PM	S-tc	— —	NO	NO		YESion
	Javier Villegas	77353267	30/08/21	7:00	5:00	SOTARCO	X	NO	NO		
	Juan Carlos Montoya	9.434.495	30/08/21	7:10		Sotarco	—	NO	NO		
	Dary Ocoleo	3758184	30/08/21			SOTARCO	3144374927 X	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210230	30/08	7:00		SOTARCO	3008824344	NO	NO		
	SANTIAGO TABORDA	71[illegible]14	30/08	7:30		SOTARCO SAS	3206767617	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676449	30/08	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	Julian Vasquez M	7127770	30/8	8:20		factoring	3206625[illegible]	NO	NO		
	Juan Felipe Medina	1.040321536	30/8	8:20		Factor	3113606[illegible]	NO	NO		
	Victor H. Ruiz	98.523.886	30/8	9:00		Independiente	3136222610	NO	NO		
	Francisco Javier	70431456	30-08	9:00AM		Indepe.	3173717435	NO	NO		
	Edith Gómez Q.	43161846	30-8/21	9:15			3008771980	NO	NO		
	Sebastián Betancur	1020442914	30/8/21	9:20		Factor Ingeniería	3116873[illegible]	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar: SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Gabriel Cogollo	78755528	27-08-2021	7 00	3 PM	Solarco	3137598245	NO	NO		
	Yeison Ruiz	—	27-08-2021	700	3 PM	s+c	—	NO	NO		
	Saiver Villegas	77353267	27/08/21	7 00	3 00	Solarco	X	no	no		
	Dayla Cadena	37581139	27/08/21	7 00		Solarco	X	no	no		
	Marcela Fuentes	1038108868	8:00			Factoring	3135487202	NO	NO		
	Diana Hernandez	1017164 620	8:00			Solarco	3013593031	NO	NO		
	Daniela Ochoa	1152210236	27/08 ~~7:00~~	~~3:00~~	3:00	Solarco	3008334340	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	7:00	3:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	Jorge Gallego	1128461177	~~28/08/21~~	7:00	5:00	S+C	3147607077	NO	NO		
	Gabriel Cogollo L	78755528	28-08-2021	7 00	12 00	Solarco	3137598245	NO	NO		
	Yeison Ruiz	—	28-08-2021	700	1200	s+c	—	NO	NO		
	Saiver Villegas	77353267	28/08/21	7 00	12 00	Solarco	X	no	no		
	Sara Hernandez P	1036676749	28/08	7:00	12	factoring	3205402685	NO	NO		
	Dayla Cadena	37581139	28/8	7:00		Solarco	3144317021	NO	NO		
	Daniela Ochoa	1152210236	28/08	7:00		Solarco		NO	NO		

813

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Juan David Gil.	1128421172	25/08/21	7:00	5:00	STC	3176078077	NO	NO		
	Gabriel Cogollo	78755528	25-08-2021	7:00	5pm	S.T.C	3137598245	NO	NO		
	Javier Villegas	77353267	25/08/21	7:00	5:00	Soluco	X	NO	NO		
	Yeison Ruiz	— —	25-08-2021	7:00	5pm	Soluco	— —	NO	NO		
	Daniela Ochoa	1152210236	25/08	7:00		Soluco	3008834264	NO	NO		
	Daily Cadena	37581159	25/08	7:00	5:00	Soluco	3144378466	NO	NO		
	Sara Hernandez	1036676449	25/08	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	Juan David Gil	1128421172	26/08/21	7:00		STC	3176078077	NO	NO		
	Gabriel Cogollo	78755528	26-08-2021	7:00	5pm	S.T.C	3137598245	NO	NO		
	Javier Villegas	X	26/08/21	7:00	5:00	Soluco	X	NO	NO		
	Yeison Ruiz	— —	26-08-2021	7:00	5pm	S.T.C	— —	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	26/08	7:00	5:00	Soluco	3008834264	NO	NO		
	Daily Cadena	37581159	26/08	7:00		Soluco	3144378466	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676449	26/08	7:00	5:00	factoring	3205402685	NO	NO		
	Juan David Gil	1128421172	27/08/21	7:00	5:00	STC	3176078077	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? SI o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? SI o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Sebastian Betancur	1020442914	23/08/21	9:00		Factor Ingeniería	3146597292	NO	NO		
	JOHN BAYRON SERNA V	71.695.966	23/08/21	9:00		SIF	319-417-8891	NO	NO		
	Margarita Restrepo	43.528714	23/08/21	9:00		SH	3122063270	NO	NO		
	Maria Alejandra Gallo	1152461778	23/08/21	9:00		SIF	3005942482	NO	NO		
	Elkin [illegible]	1007708589	23/08/21	9:00		Inversiones ARC	3103316110	NO	NO		
	Diana Hernandez	1017169820	23/08/21	9:00		Solarco	3013593037	NO	NO		
	Diana C. Velasquez	1020447000	23/08/21	9:30	—	Solarco	3137900997	NO	NO		
	Alejandra Chaves #	1026150004	23/08/21	9:00		factor ingen	3174714572	NO	NO		
	[illegible] Gil	1128281122	24/08/21	7 8		S + C	3146078077	NO	NO		
	Gabriel Cogollo	78755.528	24-08 2021	9:00	5 PM	Solarco	3137598245	NO	NO		
	Yeison Ruiz	—	24-08 2021	7:00	5 PM	S + C	—	NO	NO		YEISON
	Javier Villegas	71353267	24/08/21	7:00	5:00	Solarco	X	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210230	24/08	7:00		Solarco	3008334344	NO	NO		
	Dally Cocko	1152[illegible]39	24/08/21	7:00		Solarco	3148[illegible]92	NO	NO		
	Sara Hernandez P	1036767749	24/08	7:00		factor ing	3205402685	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar: SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	DANIELA OCHOA	1152210236	20/08	7:00		SOTARCO	3008834344	NO	NO		
	Alejandra Vargas Herrera	1026150064	20/08	2:00		factor ingenia	3174714572	NO	NO		
	Mariaalejandra	1152461427	20/08	3:30		SIF	3005942482	NO	NO		
	JOHN BAYRON SERNA	71615.866	20/08/21	3:30		SIF	319-417-8891	NO	NO		
	Diana C. Velásquez	1020447068	20/08/21	9:00	5:00	Sotarco	3137900997	NO	NO		
	Juan David Gil	1128421112	21/08/21	7:00	5:00	STC	3217822649	NO	NO		
	Gabriel Cogollo	78755.528	21-08-2021	7:00	12:00	S.T.C	3137598245	NO	NO		
	Jeiver Vallejo	7735326	21/08/21	7:00	17:00	Sotarco	X	NO	NO		
	Yeison Correa	1128858220	21/08	7:00	12:00	SOTARCO	3203829532	NO	NO		
	Hoyo Marcos	1045817810	21/08	2:00		Internal	3225475330	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676949	21/08	7:00		factoring	3205470685	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	21/08	7:00		SOTARCO	3008834344	NO	NO		
	Daly Cadena	3881139	21/08	7:00		SOTARCO	3144377421	NO	NO		
	Elian Campo	1007908389	21-08-21	7:00		Internor ARC	3163317210	NO	NO		
	Jorge [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	3172192	[illegible]	[illegible]		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Jesus David Gon.	1128421122	23/08/21	7:00	5	Stc	3176078077	NO	NO		
	Gabriel Cogollo	78755528	23-08 2021	7:00	5PM	S.t.C	3133598245	NO	NO		
	Yeison Ruiz	——	23-08 2021	7:00	5pm	S+C	— —	NO	NO		YE. S
	Javier V. Vega	71353267	23/08/21	7:00	5:00	Solarco	X	NO	NO		Javier
	DANIELA OCHOA	1152210236	23/08	7:00		SOLARCO	3008834344	NO	NO		
	Dally Cano	31581184	23/8	7:00		SOLARCO	314	NO	NO		
	Alex mercado	1045517510	23/08	7:00		invernar	3225425330	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	23/08	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	SANTIAGO TABORDA	1148873341	23/08	7:10		SOLARCO	3206767167	NO	NO		
	Juan Carlos Mo	9.434.498	23/08	7:10		solarco	3105953	NO	NO		
	Yeison V	71279710	23/8	8:30		Inventario	3206625	NO	NO		
	Anderson R	1037664852	23/8	7:00		mmm ARC	3049656	NO	NO		
	Jeanfelipe M.	1040321386	23/8/21	8:30		factor	3113602	NO	NO		
	Marcela Fuentes	1038108868	23/08/21	9:00		factor	3135427702	NO	NO		Marcela
	Gloria Castro	43276015	23/08	9:00		FACTORING	5158829	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Gabriel cogollo	78755528	18-08 2021	700	5.PM	Solarco	3137598245	NO	NO		
	Xaiver Villegas	7735320	18/08/21	7:00	5:00	Solarco	X	NO	NO		
	YEison V.		18-08 2021	7:00	5 p.m	Solarco	— —	NO	NO		
	Eloy Mercado	1045518510	18/08	7.00	5.PM	informal	3225423330	NO	NO		
	yeison correa	1128458220	18/08	7:00	5 PM	SOLARCO	3103029572	NO	NO		
	Daniela OCHOA	1152210236	18/08	7:00	5:00	SOLARCO	3008834349	NO	NO		
	Adrian Cadavid	1037 [illegible]	18/08	7:00		[illegible]	304 [illegible]	NO	NO		
	Daniel Cadavid	3159 [illegible]	18/08/21	7:00		SOLARCO	3144374921	NO	NO		
	SAMUEL TABORDA	7 [illegible]	18/08/21	11:00		SOLARCO	3206706164	NO	NO		
	Sam Hernández Pineda	1036676749	18/08	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	Jose DAVID	1127 [illegible]	18/08	7:00		STC	3207842609	NO	NO		
	Gabriel cogollo	78755528	19-08 2021	7:00	5PM	solarco	3137598245 3208	NO	NO		
	Xaiver Villegas	7735320	19/08/21	7:00	5:00	solarco	X	NO	NO		
	Yeison Ruiz	— —	19-08 2021	7:00	5PM	STC	— —	NO	NO		
	Yeison correa	1128458220	19/08	700	5 PM	solarco	3103029572	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o esté confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	DANIELA OCHOA	1152210236	14/08	7:00		SOFARCO	3008834344	NO	NO		
	Sara Hernandez	1036676749	14/8	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		
	Daly Cadena	37581139	14/08	7:00		SOFARCO	3144378044	NO	NO		
	Jorge Olvera	1128542172	14/08	7:00		STC	3176074	NO	NO		
	Gabriel cosolla	78755528	17-08 2021	7:00	5 PM	STC	3137598245	NO	NO		
	Scarlet Vilches	1733260	17/08	7:00	5:00	Sofarco	X	NO	NO		
	Yeison ruiz	— —	17-08 2021	7:00	5PM	STC	— —	NO	NO		
	Eloy mercado	1045517510	17/08	7:00	5:PM	SOFARCO	3225405380	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	17/08	7:00	5 pm	factoring	3205402685	NO	NO		
	MARCELA FUENTES	1038108868	17/08	8:00	5 PM	Factoring	3135487702	NO	NO		
	Alejandra Vargas	1026150004	17/08	8:00	12 M	factoring	3174714512	NO	NO		
	Daly Cadena	37581139	17/08	7:00		SOFARCO	3144378044	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	17/08	7:00		SOFARCO	3008834344	NO	NO		
	Diana C Velasquez	1020449060	17/08	8:00	5:00	Sofarco	3137904777	NO	NO		
	Jorge Olvera	1128542172	18/08	7:00		STC	3176085071	NO	NO		

818

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
		1128424172	13/08/21	7 00		STC	3217282649	NO	NO		
	Gabriel cogollo	78 755528	13-08-2021	7 00	3PM	STC	3137598245	NO	NO		
	Saiver villegas	7735526	13/08/21	7:00	3:00	Sotarco	X	NO	NO		
	Yeison ruiz	X	13-08-2021	7 00	3pm	Sotarco	X	NO	NO		YEISON
	Yason correa	1128458220	13/08	700	3 PM	Sotarco	3203529542	NO	NO		
	DANIELA OCAMPO	1152210235	13/08	7:00		Sotarco	3008831344	NO	NO		
	Sara Hernandez P	1036676749	13/08	7:00		factor Ing	3205402684	NO	NO		
	Darley Caleño	37581139	13/08/21	7:00		Sotarco	3144037494	NO	NO		
	Floy Arriaga	1045517540	13/08/21	7.00		Invernor	3225425330	No	No		
	Diana Hernandez	1017169820	13/08/21	7:00		Solarco	3013543207	NO	NO		
		1327605	13/8/21	7:00		FACTOR ING	3005858249	NO	NO		
	Jorge David Gonzalez	1128421720	14/8/21	7.0°		STC	3176287971	NO	NO		
	Gabriel cogollo	78755528	14-08-2021	700	12:00	Sotarco	3137598245	NO	NO		
	Saiver Villegas	7735526	14/08/21	7:00	12:00	Sotarco	X	NO	NO		
	YEISON RUIZ	X	14-08-2021	700	1200	Sotarco	X	NO	NO		YEISON
	Yason correa	1128458220	14/08	7:00	1200	STC	1128458220	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Gabriel cogollo	98755528	09-08-2021	7:00	5PM	S.A.C	3137598245	NO	NO		
	YEison Ruiz	1.193.232.351	09-08-2021	7:00	5PM	S.A.C	3116943698	NO	NO		YEison
	Gabriel Cogollo	98 755528	12-08-2021	7:00	5PM	S.A.C	3137598245	NO	NO		
	YEison ruiz	1.193.232.351	12-08-21	7:00	5PM	S.A.C	3116943698	no	no		YEison
	Javier Villegas	71353877	12/08/21	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		
	Yeison correa	1128458226	12/08	7:00	5:00	Sotarco	3003008578	NO	NO		
	Daney Cadavid	39581139	12/08/21	7:00		Sotarco	3144379921	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	12/08	7:00		factor ing	3205402685	NO	NO		
	Daniela Ocampo	1152210236	12/08	9:00	5:00	SOTARCO	3008834308	NO	NO		
	Hoy morales	1045517810	12/08	7.00		interna	3225433580	NO	NO		
	Diana Hernandez	1017169820	12/08	9:30		Sotarco	3013593031	NO	NO		
	Dana C. Velásquez	1020447060	12/08	9:30		Sotarco	3137909997	NO	NO		

877

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Adersen Rodrigues	1037624651	19/08	7:00		Inversa ARC	3044656243	NO	NO		
	Elop mercado	1045517500	19/08	7.00		Inversal	3225435330	NO	NO		Elop
	Sara Hernández	1036676744	19/08	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		Sara Mel
	Dany Cadena	37581134	19/08	7:00		Sotarco	3144337421	NO	NO		
	Jhon David Ospina	1128421172	20/08/21	7:00		S t C	3207882649	NO	NO		
	Gabriel cogollo	78755528	20-08 2021	7:00	5 PM	S t C	3137598245	NO	NO		Gabriel Cogollo
	Yeison Correa	1128458220	20 21	7:00	5PM	Sotarco	3203079821	NO	NO		Yeison Correa
	Seiver pallegas	7735326	20/08/21	7:00	3:00	Sotarco	X	NO	NO		Seiver
	Yeison Ruiz	—	20-08 2021	7:00	3PM	S t C	—	NO	NO		Yeison
	Elop mercado	1045517500	20/21	7:00		Inversar	3225435330	NO	NO		Elop
	Sara Hernández	1036676744	20/08	7:00		factoring	3205402685	NO	NO		Sara Mel
	Dany Cadena	37581134	20/08	7:00		Sotarco	3144337421	NO	NO		
	Elian campo	1057408389	20-08-21	7:00		Inversar ARC	3163311210	NO	NO		Elian
	Jhoana Castañeda	43276015	20/08	10:00		FACTORING	5458824 300	NO	NO		
	Adersen Rodrigues	1037668831	20/8	7:00		Inversa ARC	3044656243	No	No		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Davy Ocla	3755339	10/08/21	7:00	1:30pm	Sitio	3144572011	NO	NO		
	Sara Hernández P	1036676749	10/08	7:00		factor ing	3205462685	NO	NO		
	Anderson [illegible]	1037668787	10/8	7:00		[illegible]	3014636234	NO	NO		
	Juan David Gil.	1128441172	11/08/21	7:00		Stc	3217862049	NO	NO		
	Gabriel cogollo	78755528	11-08 2021	7:00	5PM	Stc	3133598245	NO	NO		
	Jaiver villegas	7735326	11/08/21	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		
	YEISON RUIZ		11-08 2021	7:00	5PM	Stc		NO	NO		
	YEISON CORREA	1128943820	11/08	7:00	5PM	Sotarco	3209[illegible]72	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	11/08	7:00		SOTARCO	3008834344	NO	NO		
	Davy Ocla	3755339	11/08/21	7:00		Sotarco	3144572011	NO	NO		
	Eloy mercado	1045517500	11/08/20	7:00		invernal	3225425330	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	11/08	7:00		factor ing	3205402685	NO	NO		
	Elian campo	1037908389	11/08/21	7:00		invernal ARL	3163311210	NO	NO		
	Juan felipe Mesa	1037[illegible]336	11/08/21	11:00		factor	3117666224	NO	NO		
	Juan David Gil	1128441172	11/08/21	7:00		Stc	3217862049	NO	NO		

878

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Saiver Vélez	77353267	9/08/21	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		Saiver
	Yeison Correa	1020302957	09/08	7:00	5:00	Sotarco	3203029578	No	No		Yeison Correa
	Daniela Ochoa	1152210236	09/08	7:00	5:00	Sotarco	3008834344	NO	NO		Daniela
	Daisy Tejeda	37581139	09/08	7:00	5:00	Sotarco	3144376421	NO	NO		Daisy
	Alejandra Vargas	1026150004	09/08	7:30		Factor Ingeni	3174714512	NO	No		Alejandra Vargas
	Sara Hernández	1036676749	9/08	7:00	5:00	factoring	3205402685	NO	NO		Sara Hdz
	Eloy morales	1045517540	9/08	7:00	5:00	Mvarrar	3225425330	No	NO		Eloy
	Anderson Rendón	1037664820	9/08	7:00	5:00	mvarrar	3044986822	No	NO		Anderson
	Jhon David Gil	1128444222	10/08/21	7:00	5:00	STC	3176075077	NO	NO		Jhon David
	Gabriel Cossio	98755528	10-08-2021	7:00	5 PM	STC	3137598245	NO	NO		Gabriel Cossio
	Saiver Vélez	77353267	10/08/21	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		Saiver
	Yeison Ruiz	1.045232357	10-08-2021	7:00	5 PM	STC	3116943698	NO	NO		Yeison
	Yeison Correa	1128458220	10/08	7:00	5 PM	Sotarco	3203029578	NO	NO		Yeison Correa
	Daniela Ochoa	1152210236	10/08	8:00		Sotarco	3008834344	NO	NO		Daniela
	Eloy morales	1045517540	10/08	7:00		mvarrar	3225433370	NO	NO		Eloy

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Gabriel cogollo	78755528	05-08-021	7:00	5.PM	Sotarco	3137598245	NO	NO		
	YEISON R	1.193232351	0508-021	7:00	5 PM	Sotarco	3116943698	NO	NO		
	Yeison correa	1128458220	0508	700	5 PM	SOTARCO	3203029572	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	05-08	7:00	5:00	SOTARCO	3009834344	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	05/08	7:00	5:00	Factor Ing	3205402685	NO	NO		
	Daup Cale	3750184	05/08	7:00	5:00	Sotarco	3144379944	NO	NO		
	Juan David G.	1128421111	06/08/21	7:00	5:00	STC	3176078077	NO	NO		
	Gabriel cogollo	78755528	07-08-21	700	3:PM	STC	3137598245	NO	NO		
	Saiver Villegas	71353260	06/08/21	700	500	Sotarco	X	NO	NO		
	YEISON R	1.193232351	07-08-021	7:00	3 PM	STC	3116943698	NO	NO		
	Yeison correa	1128458220	0608	700	3P	SOTARCO	3203029572	NO	NO		
	Julian Vasquez	7777777710	6-8	7am	8am	Intervator	3206625083	NO	NO		
	Sara Hernández Pineda	1036676749	06/08	7:00	3pm	Factor Ing	3205402685	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	06/08	7:00		SOTARCO	3009834344	NO	NO		
	Juan David G.	1128421111	06/08	7:0		STC	3176078077	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Davy Cadavid	3758134	3/08/21	7:00		Sotarco	3144220411	NO	NO		
	Alejandra Vargas	1026180004	3/08/21			factor ingeni	3174714572	No	No		
	Sara Hernández	1036676749	03/08	7:00		factoring	3205402685	NO	No		
	Juan David Bedoya	71389238	03/08	700		Inorgum	3014824402	NO	NO		
	DANIELA OCHOA	1152210236	03-08	7:00		SOTARCO	3008834314	NO	NO		
	JOHN DAVID GIL	1128452172	04/08/2021	7:00		STC	3176078078	NO	NO		
	Gabriel Cogollo	78755528	04-0	700	SPM	Soturco	3137598245	NO	NO		
	Saiver villegas	77353267	04/08/21	7:00	500	Sotarco	X	no	no		
	YEISON R			7:00	SPM	STC		NO	NO		
	YEISON CORREA	1128458200	0408/	700	SPM	SOTARCO	3203029542	NO	NO		
	Davy Cadavid	3758134	04/08/21	7:00	5:00	SOTARCO	3144319411	NO	NO		
	Sara Hernández	1036676749	04/08	7:00	5:00	factoring.	3205402685	No	No		
	DANIELA OCHOA	1152210236	04/08	7:00	5:00	SOTARCO	3008834314	NO	NO		
	JOHN DAVID GIL	1128452172	04/08/21	7:00	5:00	STC	3176078078	NO	NO		
	Saiver villegas	77353267	05/08/21	7:00	500	Sotarco	X	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? SI o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? SI o NO	TEMPERATURA	FIRMA
182	[illegible]	[illegible]	31/03/20	7:4		S+C	3146078677	NO	NO		
183	Gabriel cosalla	98355528	31-03	7:00	12:00	S/C	3137598245	NO	NO		
184	Jhon Jairo [illegible]	[illegible]	31/03	7:00	Se	Incigram	3148798862	NO	No		
185	Jaiver Villega	77 353260	31/03/20	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		
186	Yeison Ruiz		31-03	7:00	12:00	Sotarco		NO	NO		
187	Wilson Madrid	1128459880	31-07	7:00	5:00	Sotarco	3206578895	No	No		
188	Sara Hernandez	1036670419	31/07	7:00		Factoring	3205402685	NO	NO		
189	Anderson [illegible]	1037608852	31/07	7:00		Incigram	3014405243	No	NO		
190	Blas mercado	1015517510	31/07	7:00		Inspinal	3223103320	No	NO		
191	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		S+C	3146078677	NO	NO		
192	Gabriel cosalla	78755528	02-08	7:00	5:00	Sotarco	3137598245	NO	NO		
193	Jaiver Villega	77355260	02/08/20	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		
194	YE; Sotarco		02-08	7:00	5 PM	Sotarco		NO	NO		YE; Sotarco
195	Wilson Ramirez	1128458800	02-08	7:00	5pm	Sotarco	3203078578	No	NO		
196	Daniela Ochoa	1152209236	02-08	7:00		Sotarco	3003884884	NO	NO		

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	REGISTRO E INGRESO DE PERSONAL Y VISITANTES		Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar : SAN ANTONIO DE PRADO

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
	Jhon Jairo Pe	1146438	2/08/21	7:00		INCIGAM	3148273862	NO	No		Jhon Jairo Pe
	Sara Hernández	1036676449	02/08	7:00		Factoring	3205402655	NO	NO		Sara Hdz
	Andrés [illegible]	[illegible]	02/08	7:00		[illegible]	3144656943	NO	NO		[illegible]
	Elian Campo	1007[illegible]	02.08.21	7:00		[illegible] ARC	3163341240	NO	NO		[illegible]
	Sebastián Bedoya	1025[illegible]	2/08/21	10:00		Factor Ingeniería	3146878208	NO	NO		[illegible]
	Marcela Fuentes	1038[illegible]	2/8/21	10:00		Factor ingeniería	3195[illegible]	NO	NO		[illegible]
	Jessica Cristina García	1045458829	2/8/21	10:00		Factor ING.	43276015	NO	NO		[illegible]
	Darly Cadavid	37581139	2/8/21			Factor	3144[illegible]	NO	NO		[illegible]
	Juan Felipe M.	1040321[illegible]	2/8/21			Factor	3115606[illegible]	NO	NO		[illegible]
	[illegible]	[illegible]	3/08/21	7:00		SIC	3176078077	NO	NO		[illegible]
	Gabriel Cocolillo L	98755528	03-08-21	7:00	5PM	SIC	3137598245	NO	NO		[illegible]
	Saiver Villegas	77353267	03/08/21	7:00	5:00	Sotarco	X	NO	NO		Saiver
	YEISON Y		03-08	7.00	5PM	Sotarco	3176943698	NO	NO		YEISON
	Jhon Jairo Pe	1146[illegible]	3/08/21	7:00	No Se	INCIGAM	3148273862	No	No		Jhon Jairo Pe
	Yeison Correa	1128458220	3/8	7:00	5	Sotarco	3203294542	NO	NO		Yeison Correa

ANEXO 17 ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

SOTARCO

ALTAVISTA

SOYAHEL SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-068
		Version: 001
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Obra:	Ubicación donde se realiza el trabajo:
Diligencia Manifiesto 4	Mantanillo
Fecha de realización del Trabajo: 23/08/21	
Encargado SST: Carolina Murillo C	**Tarea:** Demolicion de Roca

Descripción de la tarea a realizar (Actividad que se realiza, mencionar los equipos o herramientas a utilizar):

1. Inspeccion de Equipos de altura
2. Instalacion de linea de vida
3. Posicionamiento para el trabajo
4. Perforacion de roca
5. Demolicion con cuña
6. Retiro de roca

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Omar Alexis Vidal G - 1152222639	Omar Alexis Vidal G
Juan Carlos Cano - 15.265.841	Juan Carlos Cano S

Pasos detallados de la tarea	Peligros y accidentes posibles	Controles Requeridos
1 Inspeccion de Equipos Altura	Golpes, Heridas	Uso adecuado de los EPP
2 Instalación de lineas de vida	Golpes, Heridas o trabajos, caida	Uso de EPP, dotacion verificar las condiciones del piso
3 Posicionamiento para el Trabajo	caidas, Golpes fracturas, Heridas	Uso de EPP, EPCC, verificar las condiciones del suelo Trabajar con precaucion
4 Perforación de roca	Caidas diferentes alturas Proyeccion de particulas Golpes	Uso de dotacion EPP, EPCC, Trabajar con precaucion
5 Demolicion de cuña	Atrapamiento, caida de distinto nivel, Golpes Fracturas	Uso de EPP, uso de EPCC, Trabajar con precaucion
6 Retiro de roca	Heridas Golpes Fracturas	Uso de EPP

Escaneado con CamScanner

SOTARO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-068
		Version: 001
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Obra: UMA 4	Ubicación donde se realiza el trabajo: Manantial
Fecha de realización del Trabajo: 20/08/21	
Encargado SST: Carolina Murillo C	Tarea: Demolicion de roca

Descripción de la tarea a realizar (Actividad que se realiza, mencionar los equipos o herramientas a utilizar):

1. Inspeccion de equipos de alturas
2. Instalacion de linea de vida
3. Posicionamiento para el trabajo
4. Perforacion de roca
5. Demolicion con cuña
6.

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Omar Alexis Vidales - 1152276399	

Pasos detallados de la tarea	Peligros y accidentes posibles	Controles Requeridos
1 Inspeccion de EPCC	Golpes, Heridas	Uso adecuado de los Epp
2 Instalacion de linea de vida	Golpes y Heridas	Uso adecuado de los Epp
3 Posicionamiento para trabajo	Caidas, Golpes, Fracturas, Alo	Uso de EPP y EPCC
4 Perforacion de roca	caida a diferente nivel, proyeccion de particulas	Uso de EPP y EPCC, Trabajo en Precaucion
5 Demolicion con cuña	Atrapamiento, caida a diferente nivel Golpes, Fracturas	Uso de EPP, uso de EPCC, Trabajar con cuidado demolicion pa Abajo
6		

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-068
		Version: 001
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Obra:	Ubicación donde se realiza el trabajo:
UMA 4	Mantanillo
Fecha de realización del Trabajo: 30/08/21	
Encargado SST:	**Tarea:**
Carolino Murillo Cañaño	Demolicion de roca

Descripción de la tarea a realizar (Actividad que se realiza, mencionar los equipos o herramientas a utilizar):

1. Inspeccion de equipo de altura
2. Instalacion de linea de vida
3. Posicionamiento para el trabajo
4. perforacion de roca
5. Demolicion de cuña
6. retiro de roca

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Omar Alexis Ucklo - 1152222639	Omar Viña
Juan Carlos Cano - 15.265.871	Juan Carlos Cano S.

Pasos detallados de la tarea	Peligros y accidentes posibles	Controles Requeridos
1 Inspeccion de equipo de altura	Golpes Heridas	uso adecuado de los EPP,
2 Instalacion de linea de vida	Golpes Heridas y lesiones, caida	uso de EPP, dotacion, verificar verificar la condiciones las condiciones del [illegible]
3 Posicionamiento para el trabajo	caidas, Golpes, Fracturas, Heridas	uso de EPP, EPCC, verificar la condiciones
4 perforacion de roca	Caidas a diferente nivel, proyeccion de [illegible], Golpes	uso de EPP, EPCC, verificar la condiciones del sitio trabajo con precaucion
5 Demolicion de cuña	atrapamiento y caida a diferente nivel, Golpes / Fracturas	uso de EPP, uso de EPCC trabajo con precaucion
6 Retiro de roca	Heridas, Golpes mecanicos	uso de EPP
7		

Escaneado con CamScanner

SAN ANTONIO

887

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo F-SST-068
		Version 001
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Fecha 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Obra: URGENCIAS MANIZALES 4 — Ubicación donde se realiza el trabajo: SAN ANTONIO DE PRADO

Fecha de realización del Trabajo: 1-31 AGOSTO 2021

Encargado SST: DARLY CADENA

Tareas:
1. CORTE DE ACERO, BLOQUE CON PULIDORA ELECTRICA
2. CORTE DE MADERA CON (RADIAL) SIERRA CIRULAR

Descripción de la tarea a realizar (Actividad que se realiza, mencionar los equipos o herramientas a utilizar): CORTE DE MADERA PARA HACER FORMALETAS, HACER ESTRUCTURAS EN OBRA. CORTE DE ACERO , DE BLOQUE DE CEMENTO PARA REALIZAR FORMALETAS, FIGURAR Y ESTRUCTURAS DE OBRA.

Trabajo en Caliente, * Corte de acero con pulidora
Corte de madera con radial.

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Javier Arroyave 1128421122	Javier Arroyave S.
Juan Gutierrez 1128421122	Juan David Gutierrez A.

Pasos detallados de la tarea	Peligros y accidentes posibles	Controles Requeridos
USAR LOS EPP ADECUADOS A LA LABOR	**RIESGO ELECTRICO** Paro cardiaco, paro respiratorio, fibrilación ventricular, tetanización, quemaduras severas, shock eléctrico, muerte.	Mantenimiento de redes y equipos electricos Uso de guantes dieléctricos y botas dieléctricas. No sobrecargar las conexiones eléctricas y las tomas de corriente. Aislamiento y señalización de las cajas eléctricas identificación de voltajes y canalización de cables. Reparaciones eléctricas por parte de personal autorizado
DILIGENCIAR LOS PREOPERACIONALES, PERMISOS DE TRABAJO EN CALIENTE, INSPECCIONAR LOS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	**CAIDAS AL MISO NIVEL:** Traumas del sistema osteomuscular, heridas , golpes contusiones, muerte	Capacitación, ,escalas y rampas limpias .Uso de pasamanos y calzado adecuado. No hablar por celular al caminar. Aplicación de normas de autocuidado para la prevención de caidas y resbalones
REVISAR LAS CONEXIONES ELÉCTRICAS	**TRABAJO EN CALIENTE:** Heridas, golpes, contusiones, laceraciones, electrocución, lumbagos, pérdida de audición, intoxicaciones, muerte.	Uso de guantes, careta facial, protección respiratoria, mampara de protección para soldadura, botas de seguridad, polainas, permiso de trabajo. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados
TRANSPORTAR LOS MATERIALES HASTA EL PUNTO DE CORTE	**TECNOLOGICO:** Explociones	Muerte, amputaciones,
ALISTAR LOS MATERIALES A CORTAR	RIESGO MECANICO Heridas, amputaciones, trastornos de tejidos blandos, golpes, fracturas, muerte, quemaduras	Mantenimiento de máquinas, uso de EPP (guantes, gafas, casco, calzado de seguridad, caretas). Aplicación de normas de autocuidado
TOMAR LAS MEDIDAS	**NATURALES:** Tormenta eléctrica deslizalientos, inundaciones, temblor de tierra.	Muerte, atrapamientos.
VISAR LAS MEDIDAS	**LOCATIVO:** Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	Mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones,orden y aseo (distribución de espacios, señalización, demarcación, ubicación de oficinas)
COLOCAR LOS MATERIALES Y EQUIPOS SOBRE LA MESA DE CORTE	**BIOLOGICO:** Virus, bacterias enferedades gastrointestinales , covid-19, Enfermedades infectocontagiosas o virales	Seguir con el cumplimiento del protocolo de bioseguridad, lavado de manos, higiene y limpieza
DESCONECTAR EL EQUIPO AL TERMINAR LA LABOR	**QUIMICO :** Material particulado, gases y vapores.Polvos orgánicos e inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humos metálicos Cefaleas, falta de coordinación, náuseas, vómitos, irritación de vías respiratorias, ojos, piel y tracto gastrointestinal,	Uso de epp adecuados, protección respiratoria adecuada,implementación Programa manejo seguro de sustancias peligrosas Almacenamiento adecuado de los productos químicos, conocer las hojas de seguridad de los químicos y su manipulación de manera segura antes de utilizarlos, evitar cantidades innecesarias en las áreas de almacenamiento, identificación de los productos químicos, contar con kit de derrames uso de EPP (careta con filtros de cartucho químico, gafas,
DISPONER LOS MATERIALES CORTADOS A EL PUNTO DONDE SE VAN A INSTALAR	**BIOMECANICO:** Movimientos repetitivos, posturas inadecuadas, levantamiento indecuado de cargas,sobresfuerzo Desórdenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético; fatiga; alteraciones lumbares dorsales, cervicales y sacras; alteraciones del sistema vascular.	Capacitaciones, charlas, pausas activas, seguimiento a examenes medicos. Capacitacion higiene postural, manejo de cargas, fortalecimiento muscular, higiene postural al usar el celular o la tableta, pausas activas, reporte de condiciones inseguras
DEJAR EL AREA EN COMPLETO ORDEN	FISICO RUIDO Pérdida de la audición (Hipoacusia), estrés laboral	Sistema de vigilancia epidemiológica conservación auditiva, Uso de protección auditiva mantenimiento a los equipos que generen ruido, exámenes periódicos de control, realizar mediciones ambientales
	FISICO ILUMINACIÓN: Fatiga visual, cefalea, disminución de la destreza y precisión, estrés, perdida capacidad visión	Realizar mediciones ambientales, estudios de iuminación, programa mantenimiento luminarias (Limpieza y reemplazo de luminarias en mal estado) ubicación del puesto de trabajo (que la luz natural no refracte directamente en la pantalla), y ubicación de luminarias
	FISICO DISCONFORT TERMICO: Fatiga que puede producir disminución la destreza manual y la rapidez, mareos, desmayos,prevamiento de trastornos	Utilización de métodos de ventilación mecánica (Ventiladores, aires acondicionados) Realizar mediciones ambientales. Análisis de puestos de trabajo Aprovechar ventilación natural en los sitios de trabajo
	FISICO Exposición a radiaciones Ionizantes y no Ionizantes: Alteraciones de la piel, deshidratación, alteración en algunos tejidos blandos (ojos)	Elemento de protección personal Chaleco plomado, protector de cuello plomado, protector de gónadas plomado Careta para protección de soldadura Mediciones ambientales
	CONDICIONES INTRALABORALES POR RIESGO PSICOSOCIAL: Estrés, enfermedades psicosomáticas, ansiedad y depresión	Evaluación de riesgo psicosocial Apoyo del jefe o supervisor, manejo del tiempo planeación y organización claridad del rol autonomía en el trabajo, apoyo de los compañeros, evaluación de desempeño, hablar en público

Escaneado con CamScanner

[redacted] SAS

Código: [illegible]	
Versión: 001	
Fecha: 30/11/2022	
Página 1 de 1	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

[illegible]	Ubicación donde se realiza el trabajo: SAN ANTONIO DE PRADO
[illegible]	Tarea 1. CORTE DE ACERO, BLOQUE CON PULIDORA ELECTRICA 2. CORTE DE MADERA CON (RADIAL) SIERRA CIRCULAR

[illegible] CORTE DE MADERA PARA HACER FORMALETAS, HACER ESTRUCTURAS EN OBRA. [illegible] DE BLOQUE DE CEMENTO PARA REALIZAR FORMALETAS, FISURAR Y ESTRUCTURAS DE OBRA.

Trabajo en caliente, + Corte de acero con pulidora
x corte de madera con radial.

Nombre, Apellidos y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Juan Gutierrez #1128421122.	Juan David Gutierrez A.

Pasos secuenciales de la tarea	Peligros y accidentes posibles	Controles Requeridos
[illegible] LAS LUCES EXTRAS ASOCIADAS A LA LABOR	**RIESGO ELÉCTRICO**: Paro cardiaco, paro respiratorio, fibrilación ventricular, tetanización, quemaduras severas, shock eléctrico, muerte	Mantenimiento de redes y equipos eléctricos. Uso de guantes dieléctricos y botas dielectricas. No sobrecargar las conexiones eléctricas y las tomas de corriente. Aislamiento y señalización de las cajas eléctricas identificación de voltajes y canalización de cables. Reparaciones eléctricas por parte de personal autorizado.
[illegible] CIONAR LOS PRE-OPERACIONALES [illegible] DE TRABAJO EN CALIENTE [illegible] ACIONAR LOS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	**CAIDAS AL MISO NIVEL:** Traumas del sistema osteomuscular, heridas , golpes contusiones, muerte.	Capacitación, ,escalas y rampas limpias. Uso de pasamanos y calzado adecuado. No hablar por celular al caminar. Aplicación de normas de autocuidado para la prevención de caídas y resbalones
[illegible] LAS CONDICIONES ELÉCTRICAS	**TRABAJO EN CALIENTE:** Heridas, golpes, contusiones, quemaduras, electrocución, lumbagos, pérdida de audición, intoxicaciones, muerte	Uso de guantes, careta facial, protección respiratoria, mampara de protección para soldadura, botas de seguridad, polainas, permiso de trabajo. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados.
[illegible] TRANSPORTAR LOS MATERIALES HASTA EL PUNTO DE CORTE	**TECNOLOGICO:** Explosiones	Muerte, amputaciones,
[illegible] AJUSTAR LOS MATERIALES A CORTAR	**RIESGO MECANICO**: Heridas, amputaciones, trastornos de tejidos blandos, golpes fracturas, muerte, quemaduras	Mantenimiento de máquinas, uso de EPP (guantes, gafas, casco, calzado de seguridad, caretas). Aplicación de normas de autocuidado
[illegible] TOMAN LAS MEDIDAS	**NATURALES:** Tormenta eléctrica deslizamientos, inundaciones, temblor de tierra	Muerte, atrapamientos.
[illegible] TOMAN LAS MEDIDAS	**LOCATIVO:** Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	Mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones,orden y aseo (distribución de espacios, señalización, demarcación, ubicación de oficinas)
[illegible] COLOCAN LOS MATERIALES Y EQUIPOS SOBRE [illegible] LA MESA DE CORTE	**BIOLOGICO:** Virus, bacterias enfermedades gastrointestinales , covid-19. Enfermedades infectocontagiosas o virales	Seguir con el cumplimiento del protocolo de bioseguridad, lavado de manos, higiene y limpieza
[illegible] DESCONECTAR EL EQUIPO AL TERMINAR LA LABOR	**QUIMICO :** Material particulado, gases y vapores. Polvos orgánicos e inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humos metálicos. Cefaleas, falta de coordinación, náuseas, vomitos, irritación de vías respiratorias (ojos, piel y tracto gastrointestinal, [illegible]	Uso de epp adecuados, protección respiratoria adecuada, implementación Programa manejo seguro de sustancias peligrosas. Almacenamiento adecuado de los productos químicos, conocer las hojas de seguridad de los químicos y su manipulación de manera segura antes de utilizarlos, evitar cantidades innecesarias en las áreas de almacenamiento, identificación de los productos químicos, contar con kit de derrames uso de EPP (careta con filtros de cartucho químico, gafas, [illegible]
[illegible] TRANSPORTAR LOS MATERIALES CORTADOS A EL PUNTO DONDE SE VAN A INSTALAR	**BIOMECANICO:** Movimientos repetitivos, posturas inadecuadas, levantamiento inadecuado de cargas sobreesfuerzo. Desórdenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema musculo esquelético, fatiga, alteraciones lumbares, dorsales, cervicales y sacras, alteraciones del sistema vascular	Capacitaciones, charlas, pausas activas, seguimiento a examenes medicos. Capacitacion higiene postural, manejo de cargas, fortalecimiento muscular, higiene postural al usar el celular o la tableta, pausas activas, reporte de condiciones inseguras.
[illegible] DEJAR EL AREA EN COMPLETO ORDEN	**FISICO RUIDO** Pérdida de la audición (Hipoacusia), estrés laboral	Sistema de vigilancia epidemiológica conservación auditiva, uso de protección auditiva, , mantenimiento a los equipos que generen ruido, exámenes periódicos de control, realizar mediciones ambientales
	FISICO ILUMINACIÓN: Fatiga visual, cefalea, disminución de la destreza y precisión, estrés, perdida capacidad visión	Realizar mediciones ambientales, estudios de iluminación, programa mantenimiento luminarias (Limpieza y reemplazo de luminarias en mal estado) ubicación del puesto de trabajo (que la luz natural no refracte directamente en la pantalla), y ubicación de luminarias
	FISICO DISCONFORT TERMICO: Fatiga que puede producir disminución la destreza manual y la rapidez, mareos, desmayos equilibramiento de trastornos	Utilización de métodos de ventilación mecánica (Ventiladores, aires acondicionados), Realizar mediciones ambientales. Análisis de puestos de trabajo. Aprovechar ventilación natural en los sitios de trabajo
	FISICO Exposición a radiaciones ionizantes y no ionizantes: Alteraciones de la piel, deshidratación, afección en ojos (ondas [illegible] (rayos)	Elemento de protección personal. Chaleco plomado, protector de cuello plomado, protector de gónadas plomado. Carreta para protección de soldadura. Mediciones ambientales
	CONDICIONES INTRALABORALES POR RIESGO PSICOSOCIAL: Estrés, enfermedades psicosomáticas, ansiedad y depresión	Evaluación de riesgo psicosocial Apoyo del jefe o supervisor, manejo del tiempo, planeación y organización, claridad del rol, autonomía en el trabajo, apoyo de los compañeros, evaluación de desempeño, trabajo en equipo

Escaneado con CamScanner

888

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-068
		Version: 001
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Obra: URGENCIAS MANIFIESTA 4	**Ubicación donde se realiza el trabajo:** SAN ANTONIO DE PRADO
Fecha de realización del Trabajo: 1-31 AGOSTO 2021	
Encargado SST: DARLY CADENA	**Tarea:** 1. CORTE DE ACERO, BLOQUE CON PULIDORA ELECTRICA 2. CORTE DE MADERA CON (RADIAL) SIERRA CIRULAR

Descripción de la tarea a realizar (Actividad que se realiza, mencionar los equipos o herramientas a utilizar): CORTE DE MADERA PARA HACER FORMALETAS, HACER ESTRUCTURAS EN OBRA, CORTE DE ACERO , DE BLOQUE DE CEMENTO PARA REALIZAR FORMALETAS, FIGURAR Y ESTRUCTURAS DE OBRA.

Trabajo en Caliente: * Corte con pulidora.
* Actividad de soldadura.

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Eloy Mercado Arango 1045517590	Eloy Mercado

Pasos detallados de la tarea	Peligros y accidentes posibles	Controles Requeridos
USAR LOS EPP ADECUADOS A LA LABOR	**RIESGO ELÉCTRICO**: Paro cardiaco, paro respiratorio, fibrilación ventricular, tetanización, quemaduras severas, shock eléctrico, muerte	Mantenimiento de redes y equipos eléctricos. Uso de guantes dieléctricos y botas dieléctricas. No sobrecargar las conexiones eléctricas y las tomas de corriente. Aislamiento y señalización de las cajas eléctricas, certificación de [illegible] y canalización de cables. Reparaciones eléctricas por parte de personal autorizado
DILIGENCIAR LOS PREOPERACIONALES, PERMISOS DE TRABAJO EN CALIENTE, INSPECCIONAR LOS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	**CAIDAS AL MISO NIVEL**: Traumas del sistema osteomuscular, heridas, golpes contusiones, muerte	Capacitación, escaleras y rampas limpias. Uso de pasamanos y calzado adecuado. No hablar por celular al caminar. Aplicación de normas de autocuidado para la prevención de caídas y resbalones
REVISAR LAS CONEXIONES ELÉCTRICAS	**TRABAJO EN CALIENTE**: Heridas, golpes, contusiones, laceraciones, electrocución, lumbalgia, perdida de audición, intoxicaciones, muerte	Uso de guantes, careta facial, protección respiratoria, mampara de protección para soldadura, botas de seguridad, polainas, permiso de trabajo. Estos trabajos deben ser realizados por personal calificado con el entrenamiento requerido y los EPP indicados
TRANSPORTAR LOS MATERIALES HASTA EL PUNTO DE CORTE	**TECNOLOGICO**: Explosiones	Muerte, amputaciones
ALISTAR LOS MATERIALES A CORTAR	**RIESGO MECANICO**: Heridas, amputaciones, lesiones de tejidos blandos, golpes, fracturas, muerte, quemaduras	Mantenimiento de máquinas, uso de EPP (guantes, gafas, casco, calzado de seguridad, caretas). Aplicación de normas de autocuidado
TOMAR LAS MEDIDAS	**NATURALES**: Tormenta electrica deslizamientos, inundaciones, temblor de tierra	Muerte, atrapamientos
VISAR LAS MEDIDAS	**LOCATIVO**: Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	Mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones [illegible] y aseo [illegible] señalización, demarcación, ubicación de [illegible]
COLOCAR LOS MATERIALES Y EQUIPOS SOBRE LA MESA DE CORTE	**BIOLOGICO**: Virus, bacterias enfermedades gastrointestinales, covid 19, Enfermedades infectocontagiosas y virales	Seguir con el cumplimiento del protocolo de bioseguridad, lavado de manos, higiene y [illegible]
DESCONECTAR EL EQUIPO AL TERMINAR LA LABOR	**QUIMICO**: Material particulado, gases y vapores (fibras orgánicas e inorgánicas, gases y vapores, material particulado, humos metálicos), cefalea, falta de coordinación, náuseas, vómitos, irritación de vías respiratorias, ojos, piel y tracto gastrointestinal	Uso de EPP adecuados, protección respiratoria [illegible]. Programa manejo seguro de sustancias [illegible] almacenamiento adecuado de los productos químicos, conocer las fichas de seguridad de los químicos y su manipulación de manera segura [illegible] certificados [illegible] en las áreas de almacenamiento, identificación de los productos químicos, contar con el kit de derrames, uso de EPP [illegible] gafas
DISPONER LOS MATERIALES CORTADOS A EL PUNTO DONDE SE VAN A INSTALAR	**BIOMECANICO**: Movimientos repetitivos, posturas inadecuadas, levantamiento inadecuado de cargas, sobreesfuerzo, lesiones de [illegible], lesiones del sistema musculo esquelético, fatiga, alteraciones lumbares, dorsales, cervicales y sacras, alteraciones del sistema vascular	Capacitaciones [illegible] pausas activas [illegible]. Capacitación higiene postural, manejo de cargas [illegible] higiene postural [illegible] pausas activas, reporte de condiciones inseguras
DEJAR EL AREA EN COMPLETO ORDEN	**FISICO RUIDO**: Perdida de la audición (hipoacusia), estrés laboral	[illegible] conservación auditiva, uso de protección auditiva, mantenimiento a los equipos que generen ruido, exámenes periódicos de control, realizar mediciones ambientales
	FISICO ILUMINACIÓN: Fatiga visual, cefalea, disminución de la destreza y precisión, estrés, perdida capacidad visual	Realizar mediciones ambientales, estudios de iluminación, programa mantenimiento [illegible] limpieza y reemplazo de luminarias [illegible] ubicación del puesto de trabajo [illegible]
	FISICO DISCONFORT TERMICO: Fatiga que puede producir disminución la destreza manual y la rapidez mental, deshidratación [illegible]	Utilización de [illegible] ventilación [illegible] ventiladores, aires acondicionados. Realizar mediciones ambientales. Análisis de puestos de trabajo [illegible]
	FISICO: Exposición a radiaciones ionizantes y no ionizantes. Afectaciones de la piel, deshidratación, afectación en [illegible]	Elemento de protección personal [illegible] protector [illegible] gafas [illegible]. Careta para protección de soldadura [illegible]
	CONDICIONES INTRALABORALES POR RIESGO PSICOSOCIAL: Estrés, enfermedades psicosomáticas, ansiedad y depresión	Evaluación de riesgo psicosocial. [illegible]

Escaneado con CamScanner

SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo. F-SST-068
		Version. 001
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Obra: URGENCIAS MANIFIESTA 4	Ubicación donde se realiza el trabajo: SAN ANTONIO DE PRADO
Fecha de realización del Trabajo: 1-31 AGOSTO 2021	
Empresa SST: CARLY CADENA	Tarea. 1. CORTE DE ACERO, BLOQUE CON PULIDORA ELECTRICA 2. CORTE DE MADERA CON (RADIAL) SIERRA CIRULAR

Descripción de la tarea a realizar (Actividad que se realiza, mencionar los equipos o herramientas a utilizar): INSTALACION DE INVERNADERO, INSTALACIÓN DE PLASTICO PARA PROTECCIÓN DE TALUD, INSTALACIÓN DE ACOMETIDAS ELECTRICAS, ESCALERAS, EQUIPOS DE ALTURAS ARNES, ESLINGAS, MOSQUETONES, FRENOS, ALICATE, MACHETE, PINZAS, PULIDORA, RADIAL

Trabajo en alturas, * Instalación de plastico sobre el talud

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Yeison Cossio 1128458220	Yeison Cossio

Pasos detallados de la tarea	Peligros y accidentes posibles	Controles Requeridos
USAR LOS EPP ADECUADOS A LA LABOR, VALIDAR VERACIDAD DE CERTIFICADOS, SEGURIDAD SOCIAL Y CONDICIONES DE SALUD	RIESGO ELECTRICO: Paro cardiaco, paro respiratorio, fibrilación ventricular, tetanización, quemaduras severas, shock electrico, muerte.	Mantenimiento de redes y equipos electricos. Uso de guantes dieléctricos y botas dieléctricas. No sobrecargar las conexiones electricas y las tomas de corriente. Aislamiento y señalización de las cajas eléctricas identificacion de voltajes y canalización de cables. Reparaciones eléctricas por parte de personal autorizado
DILIGENCIAR LOS PREOPERACIONALES, PERMISOS DE TRABAJO EN ALTURAS, INSPECCIONAR LOS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS.	CAIDAS AL MISO NIVEL: Traumas del sistema osteomuscular, heridas , golpes contusiones, muerte.	Capacitacion, ,escalas y rampas limpias. Uso de pasamanos y calzado adecuado. No hablar por celular al caminar. Aplicación de normas de autocuidado para la prevención de caidas y resbalones
REVISAR LAS CONEXIONES ELECTRICAS Y LOS PUNTOS DE ANCLAJE	TRABAJO EN CALIENTE: Heridas, golpes, contusiones, laceraciones, electrocución, lumbagos, pérdida de audición, intoxicaciones, muerte	Uso de guantes, careta facial, protección respiratoria, mampara de protección para soldadura botas de seguridad, polainas, permiso de trabajo. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados.
COLOCARSE LOS ELEMENTOS DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	TECNOLOGICO: Explosiones	Muerte, amputaciones,
	RIESGO MECANICO: Heridas, amputaciones, trastornos de tejidos blandos, golpes, fracturas, muerte, quemaduras	Mantenimiento de maquinas, uso de EPP (guantes, gafas, casco, calzado de seguridad, careta) Aplicación de normas de autocuidado
TRANSPORTAR LOS MATERIALES HASTA EL PUNTO DE CORTE O INSTACIONES.	NATURALES: Tormenta eléctrica deslizamientos, inundaciones, temblor de tierra	Muerte, atrapamientos
INSTAR LA LIEA DE VIDA Y LINEA DE TRABAJO	LOCATIVO: Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	Mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones,orden y aseo (distribucion de espacios, señalización, demarcación, ubicacion de oficinas)
COLOCAR LOS MATERIALES Y EQUIPOS SOBRE LA MESA DE CORTE	BIOLOGICO: Virus, bacterias enfermedades gastrointestinales , covid-19, Enfermedades infectocontagiosas o virosis	Seguir con el cumplimiento del protocolo de bioseguridad, lavado de manos, higiene y limpieza
INICIAR EL ASENSO O DESCENSO SEGURO USANDO LOS EQIPOS ADECUADO, HACER LA INSTALACION DEL TENDIDO DE GUAYAS O CUERDAS	CAIDAS A DISTINTOS NIVELES: Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	Uso de arnés, casco, líneas de vida, escaleras, andamios y plataformas en buen estado. Los trabajos a diferente nivel deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados y se deben emplear las herramientas y los equipos correctos. buena supervisión
INSTALAR LOS PLASTICOS PARA PROTEGER EL TALUD	QUIMICO : Material particulado, gases y vapores Polvos orgánicos e inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humos metálicos Cefaleas, falta de coordinación, náuseas, vomitos, irritación de vias respiratorias ojos, piel y tracto gastrointestinal, Quemaduras, dermatitis, reacciones alérgicas Asfixia, alteraciones del sistema nervioso central, paros cardiorespiratorios, muerte	Medición de gases en espacios confinados (pilas) implementación Programa manejo seguro de sustancias peligrosas Almacenamiento adecuado de los productos quimicos, conocer las hojas de seguridad de los quimicos y su manipulación de manera segura antes de utilizarlos, evitar cantidades innecesarias en las áreas de almacenamiento, identificación de los productos quimicos, contar con kit de derrames Uso de EPP (careta con filtros de cartucho quimico, gafas, batas, guantes) campanas de extracción capacitar al personal en el manejo de sustancias peligrosas, identificación de peligros , fichas de seguridad, matrices de compatibilidad y demás componentes del programa
UNIR LOS PLASTICOS DEL INVERNADERO COMO SE RECOMIENDA	BIOMECANICO: Movimientos repetitivos, posturas inadecuadas, levantamiento indebido de cargas,sobreesfuerzo Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema musculo esqueletico, fatiga, alteraciones lumbares, dorsales, cervicales y sacras, alteraciones del sistema vascular	Capacitaciones, charlas, pausas activas, seguimiento a examenes medicos. Capacitacion higiene postural, manejo de cargas, fortalecimiento muscular, higiene postural al usar el celular o la tableta, pausas activas, reporte de condiciones inseguras
DEJAR EL AREA EN COMPLETO ORDEN	FISICO RUIDO:Pérdida de la audición (Hipoacusia), estrés laboral	Sistema de vigilancia epidemiologica conservación auditiva, uso de protección auditiva, mantenimiento a los equipos que generen ruido, exámenes periódicos de control, realizar mediciones ambientales
INSTALAR EL PLASTICO DE LA OBRA, (TALUD)	FISICO ILUMINACIÓN: Fatiga visual, cefalea, disminucion de la destreza y precisión, estrés, perdida capacidad visión	Realizar mediciones ambientales, estudios de iluminación, programa mantenimiento luminarias (Limpieza y reemplazo de luminarias en mal estado) ubicación del puesto de trabajo (que le luz natural no penetre directamente en la pantalla) y ubicación de luminarias
	FISICO DISCONFORT TERMICO:Fatiga que puede producir disminución la destreza manual y la rapidez, mareos, desmayos agravamiento de trastornos cardiovasculares	Utilización de métodos de ventilación mecánica (Ventiladores, aires acondicionados). Realizar mediciones ambientales. Análisis de puestos de trabajo. Aprovechar ventilación natural en los sitios de trabajo
INICIAR EL CORTE CON EL MAYOR DE LOS CUIDADOS	FISICO Exposición a radiaciones ionizantes y no ionizantes, Alteraciones de la piel, deshidratación, alteración en algunos tejidos blandos (ojos)	Elemento de protección personal: Chaleco plomado, protector de cuello plomado, protector de gónadas plomado. Careta para protección de soldadura. Mediciones ambientales
DESCONECTAR Y RETIRAR LOS EQUIPOS AL TERMINAR LA LABOR	CONDICIONES INTRALABORALES POR RIESGO PSICOSOCIAL: Estres, enfermedades psicosomáticas, ansiedad y depresión	Evaluacion de riesgo psicosocial Apoyo del jefe o supervisor, manejo del tiempo, planeación y organización, sentirse con mi autonomia en el trabajo, apoyo de los compañeros, evaluación de desempeño, trabajo en

Escaneado con CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-066
		Version: 001
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Obra: URGENCIAS MANIFIESTA 4	Ubicación donde se realiza el trabajo: SAN ANTONIO DE PRADO
Fecha de realización del Trabajo: 1-31 AGOSTO 2021	
Encargado SST: DARLY CADENA	Tarea: 1. CORTE DE ACERO, BLOQUE CON PULIDORA ELECTRICA 2. CORTE DE MADERA CON (RADIAL) SIERRA CIRULAR

Descripción de la tarea a realizar (Actividad que se realiza, mencionar los equipos o herramientas a utilizar): INSTALACION DE INVERNADERO, INSTALACIÓN DE PLASTICO PARA PROTECCIÓN DE TALUD, INSTALACIÓN DE ACOMETIDAS ELECTRICAS, ESCALERAS, EQUIPOS DE ALTURAS ARNES, ESLINGAS, MOSQUETONES, FRENOS, ALICATE, MACHETE, PINZAS, PULIDORA, RADIAL.

Trabajo en alturas, *Construcción del acopio de materiales.

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
Jaiver villegas 71353267	Jaiver Villegas

Pasos detallados de la tarea	Peligros y accidentes posibles	Controles Requeridos
USAR LOS EPP ADECUADOS A LA LABOR, VALIDAR VERACIDAD DE CERTIFICADOS, SEGURIDAD SOCIAL Y CONDICIONES DE SALUD	RIESGO ELECTRICO: Paro cardiaco, paro respiratorio, fibrilacion ventricular, tetanización, quemaduras severas, shock electrico, muerte.	Mantenimiento de redes y equipos electricos. Uso de guantes dieléctricos y botas dieléctricas. No sobrecargar las conexiones electricas y las tomas de corriente. Aislamiento y señalización de las cajas electricas identificación de voltajes y canalización de cables. Reparaciones electricas por parte de personal autorizado
DILIGENCIAR LOS PREOPERACIONALES, PERMISOS DE TRABAJO EN ALTURAS, INSPECCIONAR LOS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	CAIDAS AL MISO NIVEL: Traumas del sistema osteomuscular, heridas , golpes contusiones, muerte	Capacitación, escalas y rampas limpias. Uso de pasamanos y calzado adecuado. No trabajar con celular al camero. Aplicacion de normas de autocuidado para la prevención de caidas y resbalones
REVISAR LAS CONEXIONES ELECTRICAS Y LOS PUNTOS DE ANCLAJE.	TRABAJO EN CALIENTE: Heridas, golpes, contusiones, laceraciones, electrocucion, lumbagos, perdida de audicion, intoxicaciones, muerte	Uso de guantes, careta facial, proteccion respiratoria, mampara de proteccion para soldadura, botas de seguridad, polainas, permiso de trabajo. Estos trabajos deben ser realizados por personal idoneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados
COLOCARSE LOS ELEMENTOS DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	TECNOLOGICO: Explociones	Muerte, amputaciones.
	RIESGO MECANICO: Heridas, amputaciones, trastornos de tejidos blandos, golpes, fracturas, muerte, quemaduras	Mantenimiento de maquinas, uso de EPP (guantes, gafas, casco, calzado de seguridad, careta). Aplicacion de normas de autocuidado
TRANSPORTAR LOS MATERIALES HASTA EL PUNTO DE CORTE O INSTACIONES.	NATURALES: Tormenta electrica desbastamientos, inundaciones, temblor de tierra	Muerte, atrapamientos
INSTAR LA LIEA DE VIDA Y LINEA DE TRABAJO	LOCATIVO: Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	Mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones, orden y aseo (clasificacion de espacios, señalizacion, demarcación, ubicacion de oficinas)
COLOCAR LOS MATERIALES Y EQUIPOS SOBRE LA MESA DE CORTE	BIOLOGICO: Virus, bacterias enfermedades gastrointestinales , covid-19, Enfermedades infectocontagiosas o virales	Seguir con el cumplimiento del protocolo de bioseguridad, lavado de manos, higiene y limpieza
INICIAR EL ASENSO O DESCENSO SEGURO USANDO LOS EQIPOS ADECUADO, HACER LA INSTALACION DEL TENDIDO DE GUAYAS O CUERDAS	CAIDAS A DISTINTOS NIVELES: Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	Uso de arnés, casco, lineá de vida, escaleras, andamios y plataformas en buen estado. Los trabajos a diferente nivel deben ser realizados por personal idoneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados y se deben emplear las herramientas y los equipos correctos. Puesta a tierra
INSTALAR LOS PLASTICOS PARA PROTEGER EL TALUD	QUIMICO : Material particulado, gases y vapores Polvos orgánicos e inorgánicos, gases y vapores, material particulado humos metalicos Cefaleas, falta de coordinación, náuseas, vómitos, irritación de vias respiratorias ojos, piel y tracto gastrointestinal, Quemaduras, dermatitis, reacciones alergicas Asfixia, alteraciones del sistema nervioso central, paros cardiorespiratorios, muerte	Medicion de gases en espacios confinados (pasa) mantenimiento Programa manejo seguro de sustancias peligrosas Almacenamiento adecuado de los productos quimicos, tener a las hojas de seguridad de los quimicos y su manipulacion de manera segura antes de utilizarlo, evitar cantidades innecesarias en las áreas de almacenamiento, identificación de los productos quimicos contar con kit de derrames uso de EPP (careta con filtros de carbucha quimicos, gafas, botas, guantes) campanas de extraccion, capacitar al personal en el manejo de sustancias peligrosas, identificación de peligros, fichas de seguridad, metodos de competencias y temas relacionados del proyecto
UNIR LOS PLASTICOS DEL INVERNADERO COMO SE RECOMIENDA	BIOMECANICO: Movimientos repetitivos, posturas inadecuadas, levantamiento inadecuado de cargas,accidente,Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético, fatiga, alteraciones lumbares, dorsales, cervicales y sacras, alteraciones del sistema vascular	Capacitaciones charlas pausas activas seguimiento a examenes medicos Capacitacion higiene postural, manejo de cargas fortalecimiento muscular, higiene postural al usar el celular y la tableta, pausas activas, rotacion de condiciones inseguras
DEJAR EL AREA EN COMPLETO ORDEN	FISICO RUIDO-Pérdida de la audición (Hipoacusia), sordo laboral	Sistema de vigilancia epidemiológica conservacion auditiva, uso de protección auditiva, mantenimiento a los equipos que generen ruido, examenes periodicos de control, medicion ambiental
INSTALAR EL PLASTICO DE LA OBRA, (TALUD)	FISICO ILUMINACIÓN: Fatiga visual, cefalea, disminucion de la destreza y precision, estres, perdida capacidad vision	Realizar mediciones ambientales, estudios de iluminacion, programa mantenimiento luminarias (Limpieza y reemplazo de luminarias en mal estado) ubicacion del puesto de trabajo (que si los reciba de forma directamente en la ventana) y ubicacion de luminarias
	FISICO DISCONFORT TERMICO:Fatiga que puede produce disminucion la destreza manual y la rapidez, mareos, desmayos agravamiento de trastornos cardiovasculares	Utilizacion de metodos de ventilacion mecanica (ventiladores, aires acondicionados), Realizar mediciones ambientales. Analisis de puestos de trabajo. Aprovechar ventilacion natural en las salas de trabajo
INICIAR EL CORTE CON EL MAYOR DE LOS CUIDADOS	FISICO Exposición a radiaciones ionizantes y no ionizantes. Alteraciones de la piel, deshidratacion, alteracion en algunos tejidos blandos (ojos)	Elementos de proteccion personal: Chaleco pirotecnico, proteccion de cuerpo pirotecnico, proteccion de genitales pirotecnico. Careta para protección de soldadura, lentes para protección
DESCONECTAR Y RETIRAR LOS EQUIPOS AL TERMINAR LA LABOR	CONDICIONES INTRALABORALES PSICOSOCIAL: Estres, enfermedades gastrointestinales, ansiedad y depresion	Evaluación de riesgo psicosocial Apoyo del jefe o supervisor, manejo del tiempo, priorizacion y organizacion, socializar con los trabajadores en el tiempo, apoyo de los compañeros, promover el descanso, pausas en el trabajo

Escaneado con CamScanner

	Codigo: F-SST-1004
	Version: 01
	Fecha: 2021-09-01
	Pagina 1 de 1

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

	Ubicación donde se realiza el trabajo: SAN ANTONIO DE PRADO
Nombre de supervisor del trabajo: [illegible]	Tarea: 1. CORTE DE ACERO, BLOQUE CON PULIDORA ELECTRICA 2. CORTE DE MADERA CON (RADIAL) SIERRA CIRCULAR

Descripción de la tarea a realizar: [illegible] INSTALACION DE INVERNADERO, INSTALACIÓN DE PLASTICO PARA PROTECCIÓN DE [illegible] INSTALACION DE ALTURAS ELECTRICAS ESCALERAS EQUIPOS DE ALTURAS ARNES ESLINGAS MOSQUETONES FRENOS ALICATE MACHETE PINZAS PULIDORA RADIAL

trabajo en alturas, *Construccion de invernadero.

Nombre y Apellidos de los trabajadores (Trabajar)	Firma
Eloy Hercado 1045517540	Eloy
Elion Campo	Elion

Pasos del proceso de la tarea	Peligros y accidentes posibles	Controles Requeridos
[illegible]	RIESGO ELECTRICO: Fibrilacion ventricular, tetanizacion, quemaduras severas, shock electrico, muerte	Mantenimiento de redes y equipos electricos. Uso de guantes dielectricos y botas dielectricas. No sobrecargar las conexiones electricas y las tomas de corriente. Aislamiento y señalizacion de las cajas electricas identificacion de voltajes y canalizacion de cables. Reparaciones electricas por parte de personal autorizado
[illegible]	CAIDAS AL MISO NIVEL: Traumas de extrema (meniscos, ligamentos, fracturas, golpes contusiones, muerte	Capacitacion, escalas y rampas limpias. Uso de pasamanos y calzado adecuado. No hablar por celular al caminar. Aplicacion de normas de autocuidado para la prevención de caidas y resbalones
[illegible]	TRABAJO EN CALIENTE: Heridas, golpes, contusiones, quemaduras, electrocucion, lumbagos, perdida de audicion, intoxicaciones, muerte	Uso de guantes, careta facial, protección respiratoria, mampara de protección para soldadura, botas de seguridad, polainas, permiso de trabajo. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados
[illegible]	TECNOLOGICO: Explosiones	Muerte, amputaciones,
	RIESGO MECANICO: Heridas, amputaciones, trastornos de tejidos blandos, golpes, fracturas, muerte, [illegible]	Mantenimiento de máquinas, uso de EPP (guantes, gafas, casco, calzado de seguridad caretas). Aplicación de normas de autocuidado.
[illegible]	NATURALES: Tormenta electrica, deslizamientos, inundaciones, temblor de tierra	Muerte, atrapamientos
[illegible]	LOCATIVO: Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	Mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones, orden y aseo (distribucion de espacios, señalizacion, demarcación, ubicacion de oficinas).
[illegible]	BIOLOGICO: Virus, bacterias enfermedades gastrointestinales, covid-19, Enfermedades [illegible]	Seguir con el cumplimiento del protocolo de bioseguridad, lavado de manos, higiene y limpieza
[illegible]	CAIDAS A DISTINTOS NIVELES: Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	Uso de arnés, casco, lineа de vida, escaleras, andamios y plataformas en buen estado. Los trabajos a diferente nivel deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados y se deben emplear las herramientas y los equipos correctos, buena supervisión
[illegible]	QUIMICO: Material particulado, gases y vapores Polvos orgánicos e inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humos metalicos Cefalea, falta de coordinacion, nauseas, vomito, irritación de vias respiratorias, ocular, piel y tracto gastrointestinal, Quemaduras, dermatitis, reacciones alergicas Asfixia, alteraciones del sistema nervioso central, paros cardiorrespiratorios, muerte	Medicion de gases en espacios confinados (pilas) implementacion Programa manejo seguro de sustancias peligrosas Almacenamiento adecuado de los productos quimicos, conocer las hojas de seguridad de los quimicos y su manipulacion de manera segura antes de utilizarlos, evitar cantidades innecesarias en las areas de almacenamiento, identificación de los productos quimicos, contar con kit de derrames uso de EPP (carera con filtros de cartucho quimico, gafas, botas, guantes) campanas de extracción capacitar al personal en el manejo de sustancias peligrosas, Identificacion de peligros , fichas de seguridad, matrices de compatibilidad y demas componentes del programa
[illegible]	BIOMECANICO: Movimientos repetitivos, posturas inadecuadas, levantamiento indecuado de cargas sobreesfuerzo Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema musculo esqueletico, fatiga, alteraciones lumbares, dorsales, cervicales y sacras, alteraciones del sistema vascular	Capacitaciones, charlas, pausas activas, seguimiento a examenes medicos. Capacitacion higiene postural, manejo de cargas, fortalecimiento muscular, higiene postural al usar el celular o la tableta, pausas activas, reporte de condiciones inseguras.
[illegible]	FISICO RUIDO Pérdida de la audición (Hipoacusia), sordera laboral	Sistema de vigilancia epidemiológica conservacion auditiva: uso de protección auditiva, , mantenimiento a los equipos que generen ruido, examenes periodicos de control, realizar mediciones ambientales
[illegible]	FISICO ILUMINACIÓN: Fatiga visual, cefalea, disminución de la destreza y precision, astrea, perdida especidad vision	Realizar mediciones ambientales, estudios de iluminacion, programa mantenimiento luminarias (Limpieza y reemplazo de luminarias en mal estado) ubicacion del puesto de trabajo (que la luz natural no reflecte directamente en la pantalla), y ubicación de luminarias
[illegible]	FISICO DISCONFORT TERMICO Fatiga que puede producir disminución la destreza manual y la rapidez, mareos desmayos agravamiento de trastornos cardiovasculares	Utilizacion de metodos de ventilacion mecanica (Ventiladores, aires acondicionados), Realizar mediciones ambientales. Análisis de puestos de trabajo. Aprovechar ventilación natural en los sitios de trabajo
[illegible]	FISICO Exposición a radiaciones ionizantes y no ionizantes. Alteraciones de la piel, deshidratación, alteracion en algunos tejidos blandos (ojos)	Elemento de proteccion personal: Chaleco plomado, protector de cuello plomado, protector de gónadas plomado. Careta para proteccion de soldadura. Mediciones ambientales
[illegible]	CONDICIONES INTRALABORALES POR RIESGO PSICOSOCIAL: Estres, enfermedades psicosomáticas, ansiedad y depresión	Evaluacion de riesgo psicosocial Apoyo del jefe o supervisor, manejo del tiempo, planeación y organizacion, claridad del rol, autonomia en el trabajo, apoyo de los compañeros, evaluación de desempeño, trabajo en

Escaneado con CamScanner

FACTOR INGENIERIA

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
Factor Ingeniería	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Código	
		Página	3 de 3
	Fecha de creación: 20-04-2021	Versión	1

ANALISIS DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

¿Qué Peligros hay en mi área de trabajo que me pueden afectar ?	¿Cuáles son los Riesgos que asumo si no controlo los peligros?	¿Qué controles debo aplicar?
OFICINA	**OFICINA**	**OFICINA**
Psicosocial	estrés, acoso, malestar fisico	charlas y capacitaciones y pausas activas.
sobresfuerzo fisico y postural	lesiones musculares por mantener una misma postura durante toda la jornada de trabajo ya sea de pie o sentado, lesiones musculares por realizar giros y posiciones inadecuadas, lesiones lumbares, disminucion de capacidad productiva,conflictor con los compañeros, organización del trabajo	1. Disponer los elementos del puesto de trabajo para que permitan realizar la tarea de la forma mas comoda 2. disponer de ayudo mecanica para el levantamiento de cualquier objeto pesado cuando se requiere desde el piso 3. tomar pausas durante la jornada para relajar el cuerpo * 4. mantener los codos cercano al cuerpo cuando se este digitando en realizacion de cualquier actividad fente a un computador 5. capacitacion higiene postural 6. Manejo de cargas.
piso resbaloso locativo	caida, golpes, fracturas, esguince	1. limpieza de puestos de trabajo 2. liberar vias de circulacion, 3. evitar comer en los lugares donde se evidencie equipos de computo 4. capacitacion orden y limpieza
Robos	muerte,agresiones verbales y fisicas,heridas, estrés	1. charlas en el autocuidado y manejo de situaciones dificiles y formacion continua del riesgo piblico, 2. evitar caminar fuera de las oficinas con los celulares y computadores portatiles en mano. 3. Evitar tener reacciones albersa con la situacion. 4. reportar lo sucedido
SUPERVISION DE OBRA	**SUPERVISION DE OBRA**	**SUPERVISION DE OBRA**
Contacto con insectos, roedores, virus, hongos	enfermedades infectologicas o virales, alergia, enfermedades contagiosas, muerte	1. uso de los elementos de proteccion personal acorde a las actividades a realizar, 2. lavado de manos, 3. aplicación de normas de bioseguridad,
sobresfuerzo fisico y postural	lesiones musculares por mantener una misma postura durante toda la jornada de trabajo ya sea de pie o sentado, lesiones musculares por realizar giros y posiciones inadecuadas, lesiones lumbares, disminucion de capacidad productiva,conflictor con los compañeros, organización del trabajo	1. Disponer los elementos del puesto de trabajo para que permitan realizar la tarea de la forma mas comoda 2. disponer de ayuda mecanica para el levantamiento de cualquier objeto pesado cuando se requiere desde el piso 3. tomar pausas durante la jornada para relajar el cuerpo * 4. mantener los codos cercano al cuerpo cuando se este digitando en realizacion de cualquier actividad fente a un computador 5. capacitacion higiene postural y manejo de cargas.
electrico	contacto directo o indirecto con cableado electrico,quemaduras severas,shock electrico,muerte	No sobrecargar las conexiones electricas, uso de botas dielectricas, señalizacion de las conexiones electricas, reportar cableado en mal estado, las reporciones se realizan por personal autorizado.
caida a distinto nivel	Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	Uso de arnes, casco, linea de vida, escaleras, andamios y plataformas en buen estado. Los trabajos a diferente nivel deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados y se deben emplear las herramientas y los equipos correctos

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Factor Ingeniería	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Código	
		Página	1 de 3
	Fecha de creación: 07-07-2021	Versión	1

DATOS GENERALES

Fecha Inicio:	Fecha Final:	Lugar de trabajo:
Desde:julio 2021	Hasta: diciembre 2021	Urgencia manifiesta 4 San Antonio de Prado y Altavista
Nombre del Trabajador:	**Cargo:**	**Actividad:**
Gloria Cristina Garcia Rodriguez	Profesional Social	supervision de obra y actividades de oficina
Sebastian Betancur Perez	Auxiliar Civil	supervision de obra y actividades de oficina
Juan Felipe Medina Perez	Profesional Ambiental	supervision de obra y actividades de oficina
Sara Hernandez Pineda	Auxiliar Civil	supervision de obra y actividades de oficina
Alejandra Vargas Herrera	Auxiliar Civil	supervision de obra y actividades de oficina
Julian Velasquez	Director de Obra	supervision de obra y actividades de oficina
Eloy Palacio	Residente civil	supervision de obra y actividades de oficina

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

se realiza supervision de las obras civiles, ambientales, sociales y SST, para el cumplimiento de la realizacion de estas acorde a la necesidad del proyecto

¡¡¡ADVERTENCIA!!!
SI LAS CONDICIONES DEL ÀREA DE TRABAJO CAMBIAN O EL TRABAJADOR ES UBICADO EN OTRO FRENTE DE TRABAJO SE DEBERA REALIZAR UN NUEVO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO.

Si en alguna de las siguientes preguntas su respuesta es NO, consulte a su supervisor.

1. ¿Me encuentro en buen estado de salud fisica y mental para iniciar la tarea ?	SI	x	NO
2. ¿Estoy autorizado para realizar el trabajo?	SI	x	NO
3. ¿Estoy seguro de cada paso de la tarea? (conozco el procedimiento, instructivo,etc)	SI	x	NO
3. ¿Tengo el material de apoyo y consulta del procedimiento, instructivo?	SI	x	NO
4. ¿Los Herramientas y equipos estan en buen estado para desarrollar la tarea con seguridad?	SI	x	NO

ELEMENTOS Y EQUIPOS DE SEGURIDAD REQUERIDOS

Es indispensable contar con Casco, Gafas y Botas de seguridad en todas las áreas del taller como EPP básicos

Guantes de Vaqueta	☐ Polainas	☐ Careta para soldar	☐	Extintor
Guantes de Nitrilo	☐ Capucha	☐ Careta para corte con plasma	☐	
Guantes Largos dielectricos de carnaza	☐ Chaqueta	☐ Careta de Esmeril	☐	
Botas de seguridad caña alta	☐ Delantal de carnaz	☐ Mascarilla desechable	☐	
Botas impermeables	☐ Protección Auditiva	☐ Arnés de Seguridad	☐	
Respirador de media pieza facial	☐ Monogafa de corte	☐ Elementos de señalización	☐	

Otros: [x] Cuales? Botas de seguridad con puntera, Casco de seguridad, proteccion respiratoria, proteccion auditiva

PERMISOS DE TRABAJO REQUERIDOS:

Marque con una X los permisos necesarios para realizar la tarea y disponga del formato respectivo en el sitio de trabajo.

Permiso de Trabajo en Altura	☐	Trabajo en Caliente	☐	Espacio Confinado	☐
Energías Peligrosas	☐	Izaje de Cargas	☐		

¿Otro Cuál? Actividades de oficina y recorridos y supervision de obra

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR

Detalle las Herramientas y equipos a utilizar en la tarea a ejecutar

Htas. Manuales/Mecánicas	Equipos de Apoyo
flexometro	Equipos de computo

Observaciones: debido al contrato los actividades a realizar al equipo de Interventoria no requieren de la manipulacion de herramientas mecanicas ni manuales como pala, pica, etc

Escaneado con CamScanner

caida de diferente nivel	Traumas del sisterna osteomuscular, heridas , golpes contusiones, muerte	uso de pasamanos,calzado adecuado para la actividad y lugar,aplicación del autocuidado para evitar resbalones, señalizar las areas con riesgo de caida, no hablar por telefono en el interior de la obra.
Golpeado contra, atrapamiento,manipulación de herramientas corto punzantes, proyección de particulas, superficies calientes.	Heridas, amputaciones, golpes, fracturas, muerte, quemaduras	Uso de los elementos de proteccion personal, aplicación del autocuidado, no manipular para la cual no esta entrenado, reportar condiciones inseguras
Robos, accidente de transito	Muerte, agresiones verbales y fisicas, golpes,fractura,estrés	charlas en temas relacionados en seguridad vial, reporte oportuno de situaciones, evitar tomar acciones por sus propias manos
fisico: equipos generadores de ruido	dolor de cabeza, estrés,disminucion de la capacidad auditiva, molestia, dificultad para la comunicación oral	seguimiento para eliminar el ruido en caso no poderse utiiizar los protectores auditivos

¿ESTE ANALISIS DE RIESGO LO HA HECHO A CONCIENCIA ?	SI	X	NO

OBSERVACIONES: En caso de presentarse un cambio en la ejecucion de las actividades, se incluira la actividad, peligro y riesgo en el presente documento

MARCELA FUENTES D Marcela Fuentes 1038108968	Julian Vasquez Portilla 7179770	1020492914
Firma y cedula	**Firma y cedula**	**Firma y cedula**
Residente SST	**Director de obra**	**Residente o auxiliar de obra**

Escaneado con CamScanner

BITACORA

18

DÍA 28/07/21 Y SE VERIFICÓ QUE SE ENCONTRABAN EN CAMPO EN HORAS DE LA MAÑANA EL DÍA 29/07/21 POR LO QUE SU RETIRO NO FUE POR PARTE DEL CONTRATISTA.

SE RECOMIENDA AL CONTRATISTA REALIZAR LA INSTALACIÓN DEL PASA CALLES DEL COSTADO ORIENTAL ~~EN~~ LA MENOR BREVEDAD DANDO CUMPLIMIENTO AL PMT

FIRMA CONTRATISTA. FIRMA INTERVENTORIA.

2 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE TRASLADA EQUIPO DE PERFORACIÓN DE PUNTO 2 A PUNTO 5 PARA ESTUDIO DE SUELOS, SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS Y CUNETAS, SE REALIZAN ACTAS DE VECINDAD FALTANTES EN VÍA DE ACCESO COSTADO OCCIDENTAL, SE CONTINUAN ADECUACIONES EN EL COSTADO NORTE PARA ACOPIO DE HIERRO, CONTINUA ADECUACIÓN PARA BAÑOS PROVISIONALES, SE REALIZA ADECUACIÓN DE ACOPIO DE RCD DE MANERA PROVISIONAL, SE REALIZA ADECUACIÓN DE CERRAMIENTO DE LOTE EN COSTADO OCCIDENTAL DE LA ZONA DE INTERVENCIÓN, CONTINUAN TRABAJOS DE INVERNADERO.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE SST INTERVENTORIA, RESIDENTE SOCIAL INTERVENTORIA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 1 OFICIAL, 5 AYUDANTES, 1 COORDINADOR DE ALTURA, 2 GEOTECNIA.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR, EQUIPO DE SUELOS, EQUIPO DE ALTURA.

PERIODO DE LLUVIA: N/A

OBSERVACIONES: EN HORAS DE LA MAÑANA SE EVIDENCIA EL CERRAMIENTO DEL LOTE DEL COSTADO OCCIDENTAL QUE SIGUE DE LA ZONA DE INTERVENCION CON LOS POSTES FRACTURADOS EN LA PARTE INFERIOR A NIVEL DE LA VIA Y TOTALMENTE EN EL PISO; SE CONSULTA PROCESO A SEGUIR DESDE EL ÁREA SOCIAL, LA CUAL TIENE COMUNICACION CON EL PROPIETARIO DEL TERRENO EL CUAL INFORMA QUE FUE DEBIDO A INCONVENIENTES AJENOS AL PROYECTO; SIN EMBARGO, SE DEFINE REALIZAR SU ADECUACION Y REINSTALACIÓN PERO NO SE DA GARANTÍAS DE SU INSTALACION AL PROPIETARIO DEBIDO A QUE LOS POSTES SE ENCONTRABAN FRACTURADOS Y PARA QUE CUMPLIERAN SU FUNCION NO SE LOGRÓ ANCLAR LO QUE SE TENÍA INICIALMENTE.

- SE RECIBE AUTORIZACION POR PARTE DE INTERVENTORIA EN REALIZAR INSTALACION DE INVERNADERO SOBRE PASO PEATONAL

Forma

DEL COSTADO SUR DEL CAMPAMENTO PARA GARANTIZAR LA TOTALIDAD DE PROTECCION DE LA ZONA DE INTERVENCIÓN Y EL DEBIDO MANEJO DE LAS AGUAS; ESTA AMPLIACIÓN CONLLEVA LA INSTALACIÓN DE POSTE ADICIONAL Y Anclajes.

LA INTERVENTORIA SOLICITA LA RECOLECCIÓN DE LOS RCD, UBICADOS AL INGRESO DE LA OBRA, YA QUE LLEVAN MÁS DE 8' DÍAS EN LA OBRA, ADEMÁS DEL MATERIAL VEGETAL.

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA INTERVENTORIA. Alejandra Vargas

03 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE CONTINUAN ADECUACIONES EN EL COSTADO NORTE PARA ACOPIO DE HIERRO, SE REALIZA ADECUACIÓN DE ACOPIO DE LOS RCD, SE FINALIZA PERFORACION EN PUNTO 5 PARA ESTUDIOS DE SUELO, SE CONTINUA CON ADECUACIÓN DE CERRAMIENTO DE SENDERO PEATONAL EN COSTADO ORIENTAL.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 1 OFICIAL, 3 AYUDANTES, 2 GEOTECNIA, 1 AUXILIAR DE TRANSITO.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR, EQUIPO DE SUELOS

PERIODO DELLUVIAS: DE 12:30 PM A 3:30 PM

OBSERVACIONES: SE REALIZA MEDIDA EN CAMPO INTERVENTORIA, CONTRATISTA Y SUBCONTRATISTA DE INVERNADERO PARA CONCILIACIÓN ~~ENTRE~~ LAS PARTES SE MIDE EN PLASTA LO INSTALADO HASTA LA FECHA; QUEDA PENDIENTE CONCILIACIÓN DE MEDIDAS DE TRASLAPOS, ANCLAJES, POSTES Y TRAMO FALTANTE EN SENDERO PEATONAL Y ZONA VERDE COSTADO SUR DEL CAMPAMENTO

- SE COLOCA CONO AUX DE TRÁNSITO EN COSTADO ORIENTAL DEL ACCESO A LA ZONA DE INTERVENCION PARA CUMPLIMIENTO DEL PMT.

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA INTERVENTORIA. Alejandra Vargas Herrera

04 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: CONTINUAN LAS EXCAVACIONES PARA INSTALACIÓN DE LARGUEROS DE SENDERO PEATONAL EN COSTADO ORIENTAL, CONTINUA ADECUACIÓN DE CERRAMIENTO EN ZINC Y TELA VERDE, LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, CONTINUA CONSTRUCCIÓN DE ACOPIO DE HIERRO EN COSTADO NORTE,

Norma

Escaneado con CamScanner

CONTINUA ADECUACIÓN DE BAÑOS PROVISIONALES PARA TRABAJADORES, SE REALIZA INSTALACIÓN DE SENALIZANÓN DE PMT FALTANTE, INSTALACIÓN DE SEÑALES VERTICALES PARA PASOS PEATONALES, SE REALIZA DESINFECCIÓN DE MAQUINARIA Y EQUPO.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE AMBIENTAL OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 1 OFICIAL, 3 AYUDANTES, 1 AUXILIAR DE TRANSITO.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR

PERIODO DE LLUVIA: N/A.

OBSERVACIONES: N/A.

FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Herrera
FIRMA INTERVENTORIA.

05 AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: CONTINUAN LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN DE ACOPIO DE HIERRO EN COSTADO NORTE, SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, CONTINUAN TRABAJOS DE ADECUACIÓN DE CERRAMIENTO EN TELA VERDE EN COSTADO ORIENTAL DEL CAMPAMENTO, SE REALIZA INSTALACIÓN DE TUBERÍA EN CUNETA COSTADO ORIENTAL PARA GARANTIZAR LA CONDUCCIÓN DE AGUA QUE RECOLECTA LA VIA POR PASO PEATONAL, VACIADO DE PLACA EN CONCRETO TARA NIVELACIÓN DE CUNETA EN PASO PEATONAL COSTADO ORIENTAL, SE REALIZA ADECUACIÓN DE CARTELERA INFORMATIVA EN COSTADO ORIENTAL.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 1 OFICIAL, 3 AYUDANTES, 1 AUXILIAR DE TRANSITO.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR

PERICOD DE LLUVIA: N/A

OBSERVACIONES: N/A

FIRMA CONTRATISTA:

Alejandra Vargas Herrera
FIRMA INTERVENTORIA:

06 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA INSTALACIÓN DE TELA VERDE PARA CERRAMIENTO EN COSTADO ORIENTAL, SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, SE REALIZA INSTALACIÓN DE CARTELERA INFORMATIVA EN COSTADO OCCIDENTAL, CONTINUAN LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN Y ADECUACIÓN DE ESPACIOS PARA ACOPIO DE HIERRO EN COSTADO NORTE, SE REALIZA

Escaneado con CamScanner

INSTALACIÓN DE TELA VERDE PARA CERRAMIENTO DE SENDERO PEATONAL, SE REALIZA ADECUACIÓN DE ACOPIO RCD, SE REALIZA ADECUACIÓN DE PUNTO ECOLOGICO Y JORNADA DE SEPARACIÓN DE RESIDUOS.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, DIRECTOR INTERVENTORIA, 1 OFICIAL, 3 AYUDANTES, 1 AUXILIAR DE TRANSITO.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR

PERIODO DE LLUVIA: N/A

OBSERVACIONES: N/A.

Ramiro O

O FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Herrera

FIRMA INTERVENTORIA.

09 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, SE INICIAN ACTIVIDADES DE EXCAVACIÓN Y NIVELACIÓN DE TERRENO PARA CONSTRUCCIÓN DE ACOPIO DE SUSTANCIAS QUIMICAS, CONTINUAN ACTIVIDADES PARA CONSTRUCCIÓN DE ACOPIO DE HIERRO COSTADO NORTE, SE REALIZA ANCLAJE DE TUBERIA GALVANIZADA DE 2" PARA CONSTRUCCIÓN DE ACOPIO DE SUSTANCIAS QUIMICAS, SE REALIZA ADECUACIÓN DE ANCLAJES Y TELA DE INVERNADERO COSTADO SUR; ESTA ACTIVIDAD SE REALIZA COMO REPARACIÓN DE LAS OBRAS EJECUTADAS.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 2 OFICIAL, 3 AYUDANTES, 1 AUXILIAR DE TRANSITO, 1 COORDINADOR DE ALTURA.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR, EQUIPO DE ALTURA.

PERIODO DE LLUVIA: N/A.

OBSERVACIONES: SE RECOMIENDA AL CONTRATISTA DARLE SEGUIMIENTO A LAS GRIETAS Y FISURAS QUE SE VAYAN EVIDENCIANDO TANTO EN LA VÍA COMO EN LA VIVIENDA FRENTE A LA PÉRDIDA DE BANCA PARA VERIFICAR CON EL TIEMPO EL COMPORTAMIENTO QUE PUEDE IR TENIENDO EL TERRENO.

- DEBIDO A LAS FUERTES LLUVIAS PRESENTADAS EN EL TRANSCURSO DEL FIN DE SEMANA, SE PRESENTA DAÑO EN EL INVERNADERO INSTALADO SOBRE EL ÁREA DE INTERVENCIÓN YA QUE UNA DE LAS TELAS SE DESPRENDIÓ DEL TRAMO DONDE IBA LA COLATA, DESTEMPLANDO DE IGUAL FORMA, UNO DE LOS ANCLAJES; SE ATIENDE LA REPARACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE INVERNADERO.

Norma

Escaneado con CamScanner

- SE EVIDENCIA DE IGUAL FORMA LA AUSENCIA DEL PRIMER TRAMO DE ESTACAS SOBRE EL PLÁSTICO QUE PROTEGE EL TALUD DEBIDO A LAS FUERTES LLUVIAS Y VIENTOS EN LA ZONA.

FIRMA CONTRATISTA — Alejandra Vargas Herrera FIRMA INTERVENTORÍA.

10 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: CONTINUAN TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN DE ESTRUCTURA PARA ACOPIO DE HIERRO EN COSTADO NORTE, SE REALIZA BARRIDO Y LIMPIEZA DE CUNETAS, VÍA DE ACCESO Y SENDEROS PEATONALES, SE REALIZA VACIADO DE PLACA EN CONCRETO PARA PISO DE ACOPIO DE SUSTANCIAS QUIMICAS Y ADECUACIÓN MUROS PERIMETRALES DEL MISMO ESPACIO, CONTINUA ADECUACIÓN (EXCAVACIÓN Y NIVELACIÓN) DE TERRENO PARA CONSTRUCCIÓN DE RAMPA DE ACCESO PARA INGRESO DE MATERIALES EN COSTADO ORIENTAL CONTINUAN TRABAJOS DE ADECUACIÓN Y REPARACIÓN DE ZONA MEDIA DE INVERNADERO.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE AMBIENTAL OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, RESIDENTE SST INTERVENTORIA, 2 OFICIAL, 3 AYUDANTES, 1 AUXILIAR DE TRANSITO, 1 COORDINADOR DE ALTURA.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR, EQUIPO DE ALTURA.

PERIODO DE LLUVIA: DE 7:00 AM A 8:30 AM Y DE 3:30 PM A 4:00 PM

OBSERVACIONES: SE EVIDENCIA EN LA ZONA INFERIOR DEL TALUD, COSTADO ORIENTAL DESPRENDIMIENTO DE MATERIAL SOBRE LA BRECHA QUE SE CONSTRUYÓ PARA CONDUCCIÓN DE LAS AGUAS; SE PLANTEA LA INSTALACIÓN DE PLÁSTICO NEGRO PARA PROTECCIÓN DE LA ZONA Y EVITAR QUE LLEGUE DIRECTAMENTE SOBRE EL ÁREA LAS AGUAS YA SEA POR LLUVIAS O DE OTRA FORMA.

SE HA EVIDENCIADO DE IGUAL FORMA DESPLAZAMIENTO DEL TERRENO EN ESTE MISMO COSTADO ORIENTAL SOBRE UNA FALLA YA EXISTENTE QUE PRESENTABA EL TERRENO; SE CONTINUARÁ REALIZANDO SEGUIMIENTO PARA TOMAR LAS MEDIDAS QUE SE REQUIERAN EN SU MOMENTO.

FIRMA CONTRATISTA — Alejandra Vargas Flores FIRMA INTERVENTORÍA.

Escaneado con CamScanner

11 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA INSTALACIÓN DE CUBIERTA EN LÁMINA DE ZINC PARA ACOPIO DE HIERRO; SE REALIZA CORTE DE TUBERÍA E INSTALACIÓN DE MALLA PARA ACOPIO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS, SE REALIZAN TRABAJOS DE PINTURA Y ADECUACIÓN DE CANECAS PARA DISPOSICIÓN DE RESIDUOS EN PUNTO ECOLÓGICO, CONTINUA CONSTRUCCIÓN Y ADECUACIÓN DE ACCESO PARA MATERIALES EN COSTADO ORIENTAL, CONTINUAN TRABAJOS DE ADECUACIÓN Y REPARACIÓN DE INVERNADERO, SE REALIZA CHARLA SOBRE PAUSAS ACTIVAS Y PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE AMBIENTAL INTERVENTORIA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 2 OFICIAL, 4 AYUDANTES, 1 AUXILIAR DE TRANSITO, 1 COORDINADOR DE ALTURA

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR, EQUIPO DE ALTURA

PERIODO DE LLUVIA: DE 1:30 PM A 5:00 PM

OBSERVACIONES: × SE SOLICITA NUEVAMENTE EL RETIRO DE LOS RCD, EL 02 DE AGOSTO SE HIZO ANOTACIÓN EN LA BITÁCORA PERO HASTA EL MOMENTO NO SE HA REALIZADO DICHA ACTIVIDAD.

× POR INDICACIÓN DE LA SUPERVISORA DE LA SIF EL MATERIAL VEGETAL SEA DISPUESTO EN EL MISMO PREDIO, DE FORMA ORGANIZADA YA QUE SIRVE COMO ABONO.

× NO SE EVIDENCIA AÚN LA BÁSCULA PARA PESAR LOS RESIDUOS, Y ES UNO DE LOS INDICADORES A MOSTRAR EN EL INFORME MENSUAL, SE SOLICITA LA ADQUISICIÓN DE LA MISMA, LO MAS PRONTO POSIBLE.

Alejandra Vargas Flores
FIRMA

*DANDO RESPUESTA A LO INDICADO POR LA INTERVENTORIA DESDE EL ÁREA AMBIENTAL, SE PROGRAMARÁ LA RECOLECCIÓN PARA DISPOSICIÓN FINAL DEL MATERIAL QUE SE TIENE EN EL ACOPIO TEMPORAL PARA EL DÍA DE MAÑANA, GARANTIZANDO DESPEJADA ESTA ÁREA DE TRABAJO; SE REALIZARÁ TRASLADO NUEVAMENTE DEL MATERIAL VEGETAL QUE SE TIENE ACOPIADO EN ESTA MISMA ÁREA, SEGÚN NOCIONES INICIALES DE LA INTERVENTORIA, HASTA ACOPIO DE MATERIAL DE PODA QUE SE TENÍA EN LA PARTE INFERIOR DEL CERRAMIENTO COSTADO ORIENTAL PARA QUE SE LOGRE SU DESCOMPOSICIÓN NATURAL.

Ramillete
FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Flores
FIRMA INTERVENTORIA

Escaneado con CamScanner

12 AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA CARGUE, TRANSPORTE Y BOTADA DE MATERIAL DE RCD, A BOTADERO AUTORIZADO POR LA INTERVENTORIA, SE REALIZA INSTALACIÓN DE MALLA PARA ACOPIO DE SUSTANCIAS QUIMICAS, SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, SE REALIZA LIMPIEZA DE TUBERIA DE 4" EN PASOS PEATONALES PARA GARANTIZAR EL CORRECTO FLUJO DEL AGUA, CONTINUA TRABAJO DE ADECUACIÓN DE TELA DE INVERNADERO SOBRE TALUD, SE FINALIZA REPARACIÓN DE PRIMERA INSTALACIÓN, CONTINUA LOS TRABAJOS DE ADECUACIÓN DE ACCESO PARA MATERIALES EN COSTADO ORIENTAL DEL CAMPAMENTO, SE FINALIZAN LOS TRABAJOS DE ACOPIO DE HIERRO EN COSTADO NORTE DEL CAMPAMENTO

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE AMBIENTAL OBRA, RESIDENTE SOCIAL OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, RESIDENTE AMBIENTAL INTERVENTORIA, 2 OFICIAL, 8 AYUDANTES, 1 AUXILIAR DE TRANSITO.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR, EQUPO DE ALTURA

PERIODO DE LLUVIA: DE 7:00 AM A 9:00 AM

OBSERVACIONES: N/A.

Camila O — Alejandra Vargas Herrera

FIRMA CONTRATISTA — FIRMA INTERVENTORIA.

13 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA INSTALACIÓN DE VALLA TIPO TIJERA INFORMATIVA PARA COSTADOS ORIENTAL Y OCCIDENTAL DE LA ZONA DE INTERVENCIÓN, SE REALIZA INSTALACIÓN DE CARTELERA INFORMATIVA Y BUZÓN DE SUGERENCIAS EN COSTADO ORIENTAL Y OCCIDENTAL DE LA ZONA DE INTERVENCIÓN SE REALIZA ACARREO INTERNO DE MATERIAL VEGETAL DESDE ACOPIO DE MATERIAL DE RCD HASTA PARTE INFERIOR DEL TALUD, SE REALIZAN TRABAJOS DE SOLDADURA PARA POSTES METÁLICOS DE TRAMO FALTANTE DE INVERNADERO, INSTALACIÓN DE PLÁSTICO NEGRO SOBRE ZONA DESCUBIERTA DEL TALUD EN COSTADO SUR ORIENTAL PARA PROTECCIÓN DEL MISMO, SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, CONTINUA DE ADECUACIÓN DE ACCESO DE MATERIALES POR COSTADO ORIENTAL, CONTINUA LOS TRABAJOS DE ADECUACIÓN DE ACOPIO DE SUSTANCIAS QUIMICAS.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE SOCIAL OBRA,

Firma

Escaneado con CamScanner

898

AUXILIAR INTERVENTORIA, RESIDENTE SST INTERVENTORIA, RESIDENTE SOCIAL INTERVENTORIA, 2 OFICIAL, 8 AYUDANTES, 1 AUXILIAR DE TRANSITO

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR, EQUIPO DE ALTURA.

PERIODO DE LLUVIA: DE 7:00 AM A 8:30 AM Y DE 4:30 PM A 5:00 PM

OBSERVACIONES: • SE HAN PRESENTADO LLUVIAS DURANTE TODA LA SEMANA TANTO AL INICIO COMO FINALIZANDO LA JORNADA LABORAL, LO QUE HA GENERADO RETRASOS PARA INICIAR LAS ACTIVIDADES Y LA SUSPENSIÓN DE OTRAS EN LAS HORAS DE LA TARDE.

• SE CONTINUA EVIDENCIANDO MOVIMIENTO DE AGUAS GENERADAS POR EL TALUD EN LOS EXTREMOS ORIENTAL Y OCCIDENTAL DEL MISMO, INCLUSIVE POR DEBAJO DEL PLÁSTICO INSTALADO PARA SU PROTECCIÓN Y TRANSPORTE DE LAS AGUAS; SE EVIDENCIAN AFECTACIONES PRINCIPALMENTE EN EL COSTADO ORIENTAL, PARTE INFERIOR; DONDE SE ESTA PRESENTANDO DESPRENDIMIENTO DEL MATERIAL HACIA LAS BRECHAS CONSTRUIDAS Y EN LA PARTE SUPERIOR UN POSIBLE DESPLAZAMIENTO DEL TERRENO; SE PROCEDE A REALIZAR LA PROTECCIÓN DE ESTOS ESPACIOS CON PLÁSTICO NEGRO PARA MITIGAR EL DESPRENDIMIENTO.

• SE REALIZA CONSULTA POR PARTE DEL AREA SOCIAL SOBRE LOS PROPIETARIOS DE LOS LOTES VECINOS AL CAMPAMENTO HACIA EL COSTADO OCCIDENTAL Y COSTADO NORTE; PARA VERIFICAR LA VIABILIDAD DE EJECUTAR LAS ALTERNATIVAS PLANTEADAS POR EL DISEÑADOR ESTRUCTURAL.

FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Alvarez
FIRMA INTERVENTORIA

14 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, CONTINUAN LOS TRABAJOS DE ACARREO DE MATERIAL VEGETAL DESDE ACOPIO DE RCD HACIA PARTE INTERIOR DEL TALUD PARA PERMITIR SU DESCOMPOSICIÓN NATURAL, SE REALIZA ADECUACIÓN DE PUERTAS DE BAÑOS PROVISIONALES.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE INTERVENTORIA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 2 OFICIAL, 8 AYUDANTES, 1 AUXILIAR DE TRANSITO.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR

PERIODO DE LLUVIA: DE 7:00 AM A 8:30 Y DE 11:30 AM A 1:30 PM

OBSERVACIONES: N/A

Norma

Escaneado con CamScanner

Ramiro — Alejandra Vargas Herrera

FIRMA CONTRATISTA — FIRMA INTERVENTORIA.

17 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZAN ACTIVIDADES DE CONSTRUCCIÓN DE ACOPIO DE QUÍMICOS, SOLDADURA Y ADECUACIÓN DE PUERTAS PARA LOS ESPACIOS, SE REALIZA NIVELACIÓN Y EXCAVACIÓN EN COSTADO ORIENTAL Y VACIADO DE PLACA EN CONCRETO PARA CONFORMACIÓN DE RAMPA PARA ACCESO DE MATERIALES, SE REALIZA SEÑALIZACIÓN DE PUNTO ECOLÓGICO PARA CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS, SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, CONTINUA TRABAJO DE CONSTRUCCIÓN DE INVERNADERO; SE REALIZA EXCAVACIÓN PARA POSTES Y ANCLAJES.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE AMBIENTAL OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, RESIDENTE SST INTERVENTORIA, RESIDENTE AMBIENTAL INTERVENTORIA, 2 OFICIAL, 3 AYUDANTES, 1 AUXILIAR DE TRANSITO.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR, EQUIPO DE SOLDADURA.

PERIODO DE LLUVIA: DE 7:00 AM A 9:00 AM

OBSERVACIONES: SE PRESENTA PROPUESTA A LA INTERVENTORIA PARA REALIZAR UN FILTRO COMO OBRA DE DRENAJE EN LA PARTE INFERIOR DE LOS EXTREMOS DEL TALUD (COSTADO ORIENTAL Y OCCIDENTAL), TENIENDO EN CUENTA QUE SE HA VENIDO EVIDENCIANDO FLUJO CONSTANTE DE AGUAS NATURALES PROVENIENTES DEL TALUD QUE NO SE LOGRAN CONJUGAR CON LAS OBRAS DE MITIGACIÓN YA EJECUTADAS; ESTA ACTIVIDAD DE DRENAJE PERMITIRÍA LA RECOLECCIÓN DE ESTAS AGUAS Y SU ADECUADO TRANSPORTE EVITANDO LA EROSIÓN O SOCAVACIÓN DEL TERRENO.

- SE REVISA INSTALACIÓN DE PASA-CALLE EN COSTADO ORIENTAL DE LA VIA PRINCIPAL DE ACCESO PARA CUMPLIMIENTO DEL PMT; SE DEJA REGISTRO FOTOGRÁFICO DE SOPORTE DE LA EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS.

✓ INTERVENTORÍA RECIBE LA SUGERENCIA POR PARTE DEL CONTRATISTA, SIN EMBARGO, LA EVALUACIÓN Y DECISIÓN FINAL SERÁ TOMADA EL DÍA LUNES 23 DE AGOSTO MEDIANTE COMITÉ DE OBRA.

Ramiro — Alejandra Vargas Herrera

FIRMA CONTRATISTA — FIRMA INTERVENTORIA.

Escaneado con CamScanner

18 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, SE FINALIZA CONSTRUCCIÓN DE ACOPIO PARA SUSTANCIAS QUIMICAS, CONTINUA LABORES DE CONSTRUCCIÓN DE INVERNADERO; SE REALIZA EXCAVACIÓN PARA POSTES Y ANCLAJES, SE REALIZA CONFORMACIÓN DE ESCALAS PARA DESNIVEL EN ACCESO PARA MATERIALES COSTADO ORIENTAL, SE REALIZA ADECUACIÓN EN ESCALAS PROVISIONALES DE ACCESO A ZONA DE INTERVENCIÓN SE REALIZA VISITA DE PERSONAL ARGOS PARA VERIFICAR ACCESOS.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE CIVIL OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 2 OFICIAL, 2 AYUDANTES, 2 AUXILIAR DE TRANSITO, 1 COORDINADOR DE ALTURAS.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR

PERIODO DE LLUVIA: DE 1:30 PM A 2:00 PM

OBSERVACIONES: N/A.

FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Herrera
FIRMA INTERVENTORIA.

19 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, SE REALIZA INSTALACIÓN DE CERRAMIENTO EN TELA VERDE EN COSTADO OCCIDENTAL DEL CAMPAMENTO, SE CONTINUAN LAS LABORES DE INVERNADERO, EXCAVACIÓN PARA POSTE Y ANCLAJES. ADECUACIÓN DE ACOPIO PARA MADERA EN COSTADO OCCIDENTAL Y ROCERIA PARA INSTALACIÓN DE CERRAMIENTO, INSTALACIÓN DE COBIERTA EN LAMINA DE ZINC PARA ACOPIO DE SUSTANCIAS QUIMICAS.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 2 OFICIAL, 2 AYUDANTES, 2 AUXILIAR DE TRANSITO, 1 COORDINADOR DE ALTURA.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR.

PERIODO DE LLUVIA: DE 9:00 AM A 10:00 AM

OBSERVACIONES: N/A

FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Herrera
FIRMA INTERVENTORIA.

Norma

Escaneado con CamScanner

20 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE CONTINUAN LABORES DE INVERNADERO, INSTALACIÓN DE POSTE, SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, SE REALIZA INSTALACIÓN DE SEÑALIZACIÓN EN ACOPIO DE SUSTANCIAS QUIMICAS. SE REALIZA ROCERIA Y DESMONTE EN LA PARTE INFERIOR DEL TALUD, SE REALIZA INSTALACION DE MEDIDOR EN RED DE ACUEDUTO VEREDAL.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE AMBIENTAL OBRA, AUXIVAR INTERVENTORIA, RESIDENTE SST INTERVENTORIA, RESIDENTE SOCIAL INTERVENTORIA, 2 OFICIAL, 3 AYUDANTES, 2 AUXILIAR DE TRANSITO, 1 COORDINADOR DE ALTURA, RESIDENTE SOCIAL OBRA.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR, EQUPO DE ALTURA.

PERIODO DE LLUVIA: N/A.

OBSERVACIONES: SE REALIZA COMITÉ CIUDADANO DE OBRA.

Ramiro C — FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Herera — FIRMA INTERVENTORIA

21 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REAUZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, INSTALACIÓN DE PLASTICO EN PARTE INFERIOR DEL TALUD COSTADO ORIENTAL, CONTINUAN LABORES DE INVERNADERO, INSTALACIÓN DE CABLES Y SE INICIA CON INSTALACIÓN DE PLASTICO.

PERSONAL EN OBRA: (HERRAMIETA). AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 2 OFICIAL, 4 AYUDANTES, 2 AUXILIAR DE TRANSITO, 1 COORDINADOR DE ALTURA.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR, EQUIPO DE ALTURA

PERIODO DE LLUVIA: N/A.

OBSERVACIONES: N/A.

Ramiro C — FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Herera — FIRMA INTERVENTORIA.

23 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, CONTINUA TRABAJO DE CONSTRUCCIÓN DE INVERNADERO, SE REALIZA INSTAMACIÓN DE PLÁSTICO SOBRE SENDERO PEATONAL, SE REALIZA INSTALACIÓN DE BARRICADAS EN COSTADO ORIENTAL Y

Norma

Escaneado con CamScanner

OCCIDENTAL DE LA ZONA DE INTERVENCIÓN, SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO EN LA RECOLECCIÓN DE MATERIAL DE DERRUMBE ALEDAÑO A LA ZONA DE INTERVENCIÓN, SE HABILITA PASO PEATONAL SEGURO

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE SOCIAL OBRA, RESIDENTE AMBIENTAL OBRA, RESIDENTE CIVIL OBRA, DIRECTOR OBRA, RESIDENTE SOCIAL INTERVENTORIA, RESIDENTE CIVIL INTERVENTORIA, RESIDENTE SST INTERVENTORIA, RESIDENTE AMBIENTAL INTERVENTORIA, DIRECTOR INTERVENTORIA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 2 OFICIALES, 2 AYUDANTES, 2 AUXILIAR DE TRANSITO.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR, EQUIPO DE ALTURA.

PERIODO DE LLUVIA: DE 2:00 PM A 4:00 PM

OBSERVACIONES: SE REALIZA COMITÉ DE OBRA

Ramiro C — FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Herrera — FIRMA INTERVENTORIA.

24 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, SE REALIZA DEMARCACIÓN CON PINTURA EN ZONA DE PRIMEROS AUXILIOS, SE REALIZA RETIRO DE MATERIAL PROVENIENTE DE DERRUMBE ALEDAÑO A LA VÍA CON EQUIPO MECANICO SUMINISTRADO POR EL MUNICIPIO, SE REALIZA ADECUACIÓN DE PASO PEATONAL SEGURO, SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO EN LA REPARACIÓN DE LA TUBERIA DE 2" PARA EVITAR DESPLAZAMIENTO DE MATERIAL.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 1 OFICIAL, 1 AYUDANTE, 2 AUXIAR DE TRANSITO

PERIODO DE LLUVIA: DE 2:00 PM A 4:00 PM

OBSERVACIONES: x SE DEBEN LIMPIAR LAS CUNETAS DETRÁS DEL ACOPIO DE MATERIALES PETREOS Y DONDE ESTA LA CONCRETADORA

Ramiro C — FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Herrera — FIRMA INTERVENTORIA.

25 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, CONTINUAN LOS TRABAJOS DE RECOLECCIÓN MECANICA EN ZONA DE

Escaneado con CamScanner

DERRUMBE ALEDAÑO A ZONA DE INTERVENCIÓN, SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO PARA RECOLECCIÓN MANUAL Y LIMPIEZA PARA HABILITAR PASO PEATONAL SEGURO, SE REALIZA LIMPIEZA DE MATERIAL QUE SE ENCONTRABA EN ZONA DE ACOPIO DE MATERIALES PETREOS ATENDIENDO LA RECOMENDACIÓN DE LA INTERVENTORIA, SE REALIZAN PAUSAS ACTIVAS AL INICIO DE LA JORNADA.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA 1OFICIAL, 1 AYUDANTE, 2 AUXILIAR DE TRANSITO

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR

PERIODO DE LLUVIA: DE 8:30 AM A 9:30 AM Y DE 1:40 PM A 4:40 PM

OBSERVACIONES: N/A

Daniela O — FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Herrera — FIRMA INTERVENTORIA.

26 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, SE REALIZA BARRIDO Y LIMPIEZA DE MATERIAL RESIDUO DE LA RECOLECCIÓN DE DERRUMBE ALEDAÑO A ZONA DE INTERVENCIÓN PARA GARANTIZAR PASO SEGURO PEATONAL Y VEHICULAR.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE AMBIENTAL OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, RESIDENTE AMBIENTAL INTERVENTORIA, 1 OFICIAL, 1 AYUDANTE, 2 AUXILIAR DE TRANSITO

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR.

PERIODO DE LLUVIA: N/A.

OBSERVACIONES: N/A

Daniela O. — FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Herrera — FIRMA INTERVENTORIA.

27 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, SE REALIZA DESMONTE Y ROCERIA EN ZONA DE TALUD COSTADO ORIENTAL, SE REALIZA DESINFECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y ESPACIOS DE TRABAJO PARA CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE SOCIAL OBR AUXILIAR INTERVENTORIA, RESIDENTE SST INTERVENTORIA.

MAO 1 OFICIAL, 1 AYUDANTE, 2 AUXILIAR TRANSITO.

Norma

Escaneado con CamScanner

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR.

PERIODO DE LLUVIA: N/A.

OBSERVACIONES: SE CITA A LA COMUNIDAD INVOLUCRADA EN EL ÁREA DE INTERVENCIÓN PARA QUE ASISTAN A REUNIÓN EL DÍA 30/08 DONDE SE PLANTEARAN PROPUESTAS DE EJECUCIÓN

Ramiro O — FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Herrera — FIRMA INTERVENTORIA.

25 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, SE REALIZA PAUSA ACTIVA AL INICIO DE LA JORNADA.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 1 OFICIAL, 1 AYUDANTE, 2 AUXILIAR DE TRANSITO

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR.

PERIODO DE LLUVIA: DE 9:30 AM A 10:30 AM

OBSERVACIONES: N/A.

Ramiro O — FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Vargas Herrera — FIRMA INTERVENTORIA.

30 DE AGOSTO 2021

OBSERVACIONES:

Ambiental: Se solicita al contratista, pintar la caneca de los residuos peligrosos del color correspondiente (rojo) ya que actualmente se encuentra de color azul.

- El día SABADO 21/08/21 SE DEJÓ REGISTRO FÍLMICO Y FOTOGRÁFICO DEL FLUJO DE AGUAS QUE SE TEJOLA DE FORMA CONSTANTE EN LA PARTE INFERIOR DEL TALUD, PRINCIPALMENTE EN EL COSTADO DERECHO Y EN LA BRECHA QUE SE TIENE EN LA PARTE MEDIA DEL ÁREA INTERVENIDA; SE EVIDENCIA TRANSPORTE DE LAS AGUAS TANTO POR LA CATIDELA PLÁSTICA COMO DEBAJO DE ÉSTA POR EL TERRENO NATURAL, ESTAS AGUAS SE VIENEN OBSERVANDO DESDE PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN; SE EXPONE ESTE TEMA PARA QUE SEAN TENIDAS EN CUENTA TODAS LAS CONDICIONES DEL TERRENO A LA HORA DE PLASTEAR LOS DISEÑOS DEFINITIVOS.

ACTIVIDADES: SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, SE ADECUA LA CANECA DE RESIDUOS PELIGROSOS CON SU RESPECTIVO COLOR (ROJO). SE REALIZA REUNIÓN CON LA COMUNIDAD Y REPRESENTANTES DEL MUNICIPIO EN DONDE SE PLANTEAN LAS PROPUESTAS Y SU VIABILIDAD.

Escaneado con CamScanner

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE AMBIENTAL OBRA, RESIDENTE SOCIAL OBRA, RESIDENTE CIVIL OBRA, DIRECTOR OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, RESIDENTE INTERVENTORIA, RESIDENTE SOCIAL INTERVENTORIA, RESIDENTE SST INTERVENTORIA, RESIDENTE AMBIENTAL INTERVENTORIA, DIRECTOR INTERVENTORIA, 1 OFICIAL, 1 AYUDANTE, 2 AUXILIAR TRANSITO.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR

PERIODO DE LLUVIA: DE 7:00 AM A 8:00 AM Y DE 2:00 PM A 3:00 PM

Daniela O — Alejandra Vargas Herrera

FIRMA CONTRATISTA — FIRMA INTERVENTORIA.

31 DE AGOSTO 2021

ACTIVIDADES: SE REALIZA LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, INSTALACIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y ELEMENTOS DE ASEO PARA CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD, CONSTRUCCIÓN DE ARMARIO PARA MAQUINARIA ELECTRICA EN ALMACÉN.

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 1 OFICIAL, 1 AYUDANTE, 2 AUXILIAR DE TRANSITO.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR

PERIODO DE LLUVIA: DE 7:00 AM A 10:00 AM Y DE 2:10 PM A 3:00 PM

OBSERVACIONES: N/A

Daniela O — Alejandra Vargas Herrera

FIRMA CONTRATISTA — FIRMA INTERVENTORIA.

01 DE SEPTIEMBRE 2021

ACTIVIDADES: LIMPIEZA DE VÍAS, CUNETAS Y SENDEROS PEATONALES, LIMPIEZA Y ADECUACIÓN DE ACOPIO DE MATERIALES PETREOS, SE REALIZA RECOLECCIÓN Y ACOPIO DE MADERA, CONSTRUCCIÓN DE CANOA PARA RECOLECCIÓN DE AGUAS LLUVIAS EN ACOPIO DE HIERRO

PERSONAL EN OBRA: AUXILIAR OBRA, RESIDENTE SST OBRA, RESIDENTE CIVIL OBRA, AUXILIAR INTERVENTORIA, 2 OFICIAL, 1 AYUDANTE, 2 AUXILIAR DE TRANSITO.

MAQUINARIA Y EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR

PERIODO DE LLUVIA: DE 7:00 AM A 11:00 AM, DE 1:00 PM A 2:00 PM DE 4:00 PM A 4:30 PM

Norma

Escaneado con CamScanner