A CONSTRUIR S.A.

FORMATO DE INGRESO DE VEHICULOS

26-08-2021

NOMBRE APELLIDO	PLACA	HORA DE ENTRADA	TIPO DE VEHICULO	HORA DE SALIDA	OBSERVACIONES
Leonel Pulgar	TUB 212	7:10 AM	Volqueta	8:39 AM	
	SZN 926	7:12 AM	Volqueta	8:50 AM	
Jeovalda vega	WEO 978	7:40 AM	Retroexcavadora		
Osvaldo soto	ETU 797	8:35 AM	Volqueta	9:00 AM	
	IRZ 917	9:45 AM	carro taller	10:00 AM	
	TUB 212	9:50 AM	Volqueta	10:05 AM	
Carlos Vega	FZR 151	9:45 AM	camioneta	9:50 AM	
	SZN 926	9:55 AM	Volqueta	10:15 AM	
	ETU 797	9:56 AM	Volqueta	10:28 AM	
Jhon PAREDES	OWJ 557	10:25 AM	TUERO	10:50 AM	100 bolsas Cemento
	TUB 212	11:02 AM	Volqueta	11:15 AM	
	SZN 926	11:09 AM	Volqueta	11:20 AM	
	ETU 797	11:16 AM	Volqueta	11:35 AM	
Jairo Jose	PAZ 477	11:25 AM	Volqueta	11:34 AM	Arena 8mt
	IRZ 917	11:50 AM	carro taller	12:10 M	2 Pimpinas Acpm
Hugue Herrera	WEN 848	12:03 M	Nilser	1:20 pm	Concreto
	ETU 797	1:12 Pm	Volqueta	1:23 pm	
	TUB 212	1:12 Pm	Volqueta	1:20 pm	
	PHJ 964	1:14 Pm	Camioneta		Motorizado
	SZN 926	2:06 Pm	Volqueta	2:32 pm	
	ETU 797	2:32 PM	Volqueta	2:49 pm	
	TUB 212	2:32 Pm	Volqueta	3:08 Pm	
	PAZ 477	3:06 pm	Volqueta		Arena 8mt

A CONSTRUIR S.A.

FORMATO DE INGRESO DE VEHICULOS

NOMBRE APELLIDO	PLACA	HORA DE ENTRADA	TIPO DE VEHICULO	HORA DE SALIDA	OBSERVACIONES
Eduardo Rodriguez	1P291?	08:40	CHANNA		Obv.
Hugo Hinojosa	[illegible]848	11:50	MIXER.	1:300	concreto
Miller Bayona	[illegible]	03:08	Yamaha.	4:00	Retiro de material
Deiner Bolena	ES A??	07:08	Moto	4:00	Retiro de material
luis medina	[illegible]	6:00	MIXER	6:20 Pm	concreto
[illegible] Peña	L6 [illegible]	5:40	cargador	6:00	maquina

ANEXOS SST No 9 control de ingreso por covid 19



CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Felix Pacheco | DOCUMENTO: 5134806 | Empresa/Contratista: Bioproject | CARGO: Poda

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)											/	/	/	/																	
Malestar general											/	/	/	/																	
Tos											/	/	/	/																	
Dificultad respiratoria											/	/	/	/																	
Dolor de garganta											/	/	/	/																	
Vómito											/	/	/	/																	
Fatiga											/	/	/	/																	
Otros síntomas, describalos.											/	/	/	/																	
Fecha de inicio de los síntomas:																															

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas											/	/	/	/																	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19											/	/	/	/																	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales											/	/	/																		

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso													✓	✓	✓	✓															

OBSERVACIONES:

Nombre: Felix Pacheco Firma: Felix P.

2162

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Elkin Gonzalez	DOCUMENTO:	77181932	Empresa/Contratista:	Bioproject.	CARGO:	Poda

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)											/	/	/	/																	
Malestar general											/	/	/	/																	
Tos											/	/	/	/																	
Dificultad respiratoria											/	/	/	/																	
Dolor de garganta											/	/	/	/																	
Vómito											/	/	/	/																	
Fatiga											/	/	/	/																	
Otros síntomas, describalos.											/	/	/	/																	
Fecha de inicio de los síntomas:																															

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas											/	/	/	/																	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19											/	/	/	/																	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales											/	/	/	/																	

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el Ingreso											/	/	/	/																	

OBSERVACIONES:

Nombre: Elkin Gonzalez Firma: Elkin Gz.

2/68

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	JorGE Martinez	DOCUMENTO:		Empresa/Contratista:	Bigproject	CARGO:	Poda

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)																						✓		✓		✓		✓				
Malestar general																						✓		✓		✓		✓				
Tos																						✓		✓		✓		✓				
Dificultad respiratoria																						✓		✓		✓		✓				
Dolor de garganta																						✓		✓		✓		✓				
Vómito																						✓		✓		✓		✓				
Fatiga																						✓		✓		✓		✓				
Otros síntomas, descríbalos.																																

SINTOMAS ACTUALES	17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)																														
Malestar general																														
Tos																														
Dificultad respiratoria																														
Dolor de garganta																														
Vómito																														
Fatiga																														
Otros síntomas, descríbalos.																														

Fecha de inicio de los síntomas:

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																						✓		✓		✓		✓				
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																						✓		✓		✓		✓				
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																						✓		✓		✓		✓				

	17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																														
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																														
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																														

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																																
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																																

	17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																														
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																														

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Se autoriza el ingreso																					✓		✓		✓		✓					

	17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Se autoriza el ingreso																														

OBSERVACIONES:

Nombre: Jorge Martinez

Firma: Jorge M

2169

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20 04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Carlos cardena	DOCUMENTO:		Empresa/Contratista:	Biopraft.	CARGO:	Poda

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)											✓	✓	✓	✓																	
Malestar general											✓	✓	✓	✓																	
Tos											✓	✓	✓	✓																	
Dificultad respiratoria											✓	✓	✓	✓																	
Dolor de garganta											✓	✓	✓	✓																	
Vómito											✓	✓	✓	✓																	
Fatiga											✓	✓	✓	✓																	
Otros síntomas, describalos.											✓	✓	✓	✓																	
Fecha de inicio de los síntomas:																															

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas											✓	✓	✓	✓																	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19											✓	✓	✓	✓																	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales											✓	✓	✓	✓																	

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el Ingreso																			✓		✓		✓		✓						

OBSERVACIONES:

Nombre: Carlos cadena **Firma:** carloscard

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Cristian Perez	DOCUMENTO:		Empresa/Contratista:	Biofrangel	CARGO:	Poda

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general																															
Tos																															
Dificultad respiratoria																															
Dolor de garganta																															
Vómito																															
Fatiga																															
Otros síntomas, describalos.																															
Fecha de inicio de los síntomas:																															
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																															
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																															
Con personas que han realizado viajes Internacionales o nacionales																															
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																															
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																															
Se autoriza el ingreso																															

OBSERVACIONES:

Nombre: Cristian Perez

Firma: Cristian Perez

2/31

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

Agosto

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Javier Torres Arias | DOCUMENTO: | Empresa/Contratista: Biopoyect | CARGO: Pocu

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)											✓	/	/	/																	
Malestar general											✓	/	/	/																	
Tos											✓	/	/	/																	
Dificultad respiratoria											✓	/	/	/																	
Dolor de garganta											✓	/	/	/																	
Vómito											✓	/	/	/																	
Fatiga											✓	/	/	/																	
Otros síntomas, describalos.																															
Fecha de inicio de los síntomas:																															

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas											✓	/	/	/																	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19											✓	/	/	/																	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales											✓	/	/	/																	

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso														✓		✓		✓													

OBSERVACIONES:

Nombre: _____ Firma: _____

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Jesus David Pinto	DOCUMENTO:		Empresa/Contratista:		CARGO:	Pasante

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)											/	/	/	/																	
Malestar general											/	/	/	/																	
Tos											/	/	/	/																	
Dificultad respiratoria											/	/	/	/																	
Dolor de garganta											/	/	/	/																	
Vómito											/	/	/	/																	
Fatiga											/	/	/	/																	
Otros síntomas, describalos.											/	/	/	/																	
Fecha de inicio de los síntomas:																															

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas											/	/	/	/																	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19											/	/	/	/																	
Con personas que han realizado viajes Internacionales o nacionales											/	/	/	/																	

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el Ingreso																															

OBSERVACIONES:

Nombre: Jesus David Pinto **Firma:** Jesus David P.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: MARIO BARROS | DOCUMENTO: 1784158341 | Empresa/Contratista: Bioproyect | CARGO: Poda

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)											/	/	/	/																	
Malestar general											/	/	/	/																	
Tos											/	/	/	/																	
Dificultad respiratoria											/	/	/	/																	
Dolor de garganta											/	/	/	/																	
Vómito											/	/	/	/																	
Fatiga											/	/	/	/																	
Otros síntomas, describalos.											/	/	/	/																	
Fecha de inicio de los síntomas:																															
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas											/	/	/	/																	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19											/	/	/	/																	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales											/	/	/	/																	
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																															
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																															
Se autoriza el Ingreso																															

OBSERVACIONES:

Nombre: MARIO BARROS. **Firma:** MARIO B.

2124

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Yonier Rocha	DOCUMENTO:	1065660876	Empresa/Contratista:	JE Topografia	CARGO:	Topografo

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general																															
Tos																															
Dificultad respiratoria																															
Dolor de garganta																															
Vómito																															
Fatiga																															
Otros síntomas, describatos.																															
Fecha de inicio de los síntomas:	4/9																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																															
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																															
Con personas que han realizadó viajes internacionales o nacionales																															

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso																															

OBSERVACIONES:

Nombre: Yonier Rocha **Firma:** Yonier Rocha

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Delfina Ines Herrera | DOCUMENTO: 1065650569 | Empresa/Contratista: JP Topografia | CARGO: Topografa

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)					—	—	—			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—				
Malestar general					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				
Tos					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				
Dolor de garganta					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				
Vómito					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				
Fatiga					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				
Fecha de inicio de los síntomas:	NA																														
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																															
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																															
Se autoriza el ingreso					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				

OBSERVACIONES:

Nombre: Delfina Ines Herrera

Firma:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

A CONSTRUIM S.A.

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Mairy A. Barrios	DOCUMENTO:	1065 568083	Empresa/Contratista:	Interventoría	CARGO:	Aux Admon

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)										—		—						✓		—		—		—		—		—		—		—
Malestar general										✓		✓						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Tos										✓		✓						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Dificultad respiratoria										✓		✓						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Dolor de garganta										✓		✓						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Vómito										✓		✓						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Fatiga										✓		✓						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Otros síntomas, descríbalos.										✓		✓						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Fecha de inicio de los síntomas:	NA																															
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas										✓		✓						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19										✓		✓						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales										✓		✓						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.										✓		✓						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido										✓		✓						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Se autoriza el ingreso									✓		✓						✓	✓	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	

SINTOMAS ACTUALES	17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)		—		—		—		—		—				—		—		—		—		—		—						
Malestar general		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓						
Tos		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓						
Dificultad respiratoria		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓						
Dolor de garganta		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓						
Vómito		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓						
Fatiga		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓						
Otros síntomas, descríbalos.		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓						
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓						
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓						
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓						
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓						
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓						
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Se autoriza el ingreso	✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓		✓							

OBSERVACIONES:

Nombre: Mairu Barrios

Firma: MAIRA BARRIO

2/76

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Katherine Garcia	DOCUMENTO:	1065909082	Empresa/Contratista:	Interventoria	CARGO:	Sop. SST

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Hebre (>37.5°C)					—	—			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—				
Malestar general					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Tos					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Dificultad respiratoria					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Dolor de garganta					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Vómito					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Fatiga					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Otros síntomas, describalos.					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Fecha de inicio de los síntomas:	NA																														
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																															
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																															
Se autoriza el ingreso					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

OBSERVACIONES:

Nombre: Katherine Garcia.

Firma:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-003
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Alexander Angarita	DOCUMENTO:	1081002203	Empresa/Contratista:		CARGO:	vigilante

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)					—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Malestar general					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tos					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dolor de garganta					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Vómito					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fatiga					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fecha de inicio de los síntomas:	NA																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el Ingreso					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			

OBSERVACIONES:

Nombre: Alexander Angarita **Firma:**

2179

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Jhonatan Ramirez | DOCUMENTO: 1067-819062 | Empresa/Contratista: | CARGO: Vigilante

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)					—	—	—			—	—	—	—		—		—		—		—		—		—		—				
Malestar general					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tos					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dolor de garganta					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Vómito					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fatiga					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fecha de inicio de los síntomas:	N A																														
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																															
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																															
Se autoriza el Ingreso					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			

OBSERVACIONES:

Nombre: Jhonatan Ramirez

Firma: x Jhonatan Ramirez R.

2180

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 28-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Delmer Guerra | DOCUMENTO: | Empresa/Contratista: Azul Constructora | CARGO: Maquinista

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Malestar general	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tos	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dificultad respiratoria	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dolor de garganta	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Vómito	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fatiga	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Otros síntomas, describalos.	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fecha de inicio de los síntomas:																															
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																															
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																															
Se autoriza el Ingreso	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			

OBSERVACIONES:

Nombre: Delmer Guerra **Firma:** Delmer Guerra

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Danilo Figueroa | DOCUMENTO: | Empresa/Contratista: | CARGO: Maquinista

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Malestar general					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tos					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dificultad respiratoria					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dolor de garganta					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Vómito					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fatiga					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Otros síntomas, describalos.					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fecha de inicio de los síntomas:	N A																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuviéran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso								✓		✓						✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

OBSERVACIONES:

Nombre: Danilo Figueroa **Firma:**

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Elvis Pinzon Martinez | DOCUMENTO: 1065643695 | Empresa/Contratista: | CARGO: Topografo

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)					—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—			
Malestar general					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tos					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dolor de garganta					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Vómito					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fatiga					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fecha de inicio de los síntomas:	NA																														
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																															
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																															
Se autoriza el ingreso					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			

OBSERVACIONES:

Nombre: Elvis pinzon Martinez Firma:

2183

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Asner Rocha | DOCUMENTO: 7287290 | Empresa/Contratista: CR Ing Topog | CARGO: Aux. Topog.

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general																															
Tos																															
Dificultad respiratoria																															
Dolor de garganta																															
Vómito																															
Fatiga																															
Otros síntomas, describalos.																															
Fecha de inicio de los síntomas:	NA																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																															
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																															
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																															

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso																															

OBSERVACIONES:

Nombre: Asner Rocha

Firma: ASNER Rocha

2184

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Deivis Maestre | DOCUMENTO: 1517.34 68 | Empresa/Contratista: | CARGO: Sup Volqueteo

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)	— —	— —			— —	— —	— —		— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —															
Malestar general					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓															
Tos					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓															
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓															
Dolor de garganta					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓															
Vómito					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓															
Fatiga					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓															
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓															
Fecha de inicio de los síntomas:	NA																														

CONTACTOS EN LOS ULTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas							✓		✓		✓		✓		✓		✓														
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19							✓		✓		✓		✓		✓		✓														
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales							✓		✓		✓		✓		✓		✓														

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
¿Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.							✓		✓		✓		✓		✓		✓														
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido							✓		✓		✓		✓		✓		✓														

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso								✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	

OBSERVACIONES:

Nombre: Deivis Maestre

Firma: Deivis Maestre

2185

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Ada luz Penaloza	DOCUMENTO:	49	Empresa/Contratista:	A construir	CARGO:	Almacenista

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)	—	—			—	—			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—			
Malestar general					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tos					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dificultad respiratoria					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dolor de garganta					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Vómito					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fatiga					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Otros síntomas, describalos.					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fecha de inicio de los síntomas:	NA.																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			

RESPONDA SÓLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el Ingreso					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			

OBSERVACIONES:

Nombre: Ada luz Penaloza

Firma:

2186

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI 001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Lorena Bucho	DOCUMENTO:	1065 591 193	Empresa/Contratista:	AConstruir	CARGO:	Res Ambiental

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)					—				—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—			
Malestar general					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tos					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dificultad respiratoria					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dolor de garganta					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Vómito					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fatiga					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Otros síntomas, describalos.					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fecha de inicio de los síntomas:	NA																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el Ingreso					✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			

OBSERVACIONES:

Sabado 14 recibi Vacuna

Nombre: Lorena Bucho **Firma:** Lorena B

2182

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Liliana Contreras	DOCUMENTO:	1046 813 906	Empresa/Contratista:	A Construir	CARGO:	Prof. Social

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tos					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dificultad respiratoria					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dolor de garganta					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Vómito					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fatiga					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Otros síntomas, describalos.					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fecha de inicio de los síntomas:	NA																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas									✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.									✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido									✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso									✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

OBSERVACIONES:

Nombre: Liliana Contreras **Firma:** Liliana Contreras.

2188

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Emaisa Arza	DOCUMENTO:	4397-0830	Empresa/Contratista:	A construir	CARGO:	Res Admon

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)	—	—			—				—	—	—	—	—																		
Malestar general					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Tos					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Dificultad respiratoria					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Dolor de garganta					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Vómito					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Fatiga					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Otros síntomas, describalos.					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Fecha de inicio de los síntomas:	NA.																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el Ingreso					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					

OBSERVACIONES:

Nombre: Emaisa Arza **Firma:** Emaisa L A a R

2189

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Fabio Lopez	DOCUMENTO:	1959 4764	Empresa/Contratista:	Aconstruir	CARGO:	Res. Obra

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Tos					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Dificultad respiratoria					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Dolor de garganta					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Vómito					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Fatiga					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Otros síntomas, describalos.					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Fecha de inicio de los síntomas:	N A.																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso					✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					

OBSERVACIONES:

Nombre: Fabio Lopez

Firma:

2190

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Leiner Torres | DOCUMENTO: 1063971241 | Empresa/Contratista: A Construir | CARGO: Aux Almacen

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Tos					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Dolor de garganta					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Vómito					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Fatiga					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Fecha de inicio de los síntomas:	N.A.																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

OBSERVACIONES:

Nombre: Leiner Torres

Firma:

2191

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Alexander Bolaño | DOCUMENTO: 97.185.729 | Empresa/Contratista: A Construir | CARGO: SUP SST

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)					—	—	—			✓	✓	✓	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Malestar general					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Tos					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Dolor de garganta					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Vómito					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Fatiga					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Fecha de inicio de los síntomas:	Ninguno																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DIAS

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas sù EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido						✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

OBSERVACIONES:

Nombre: Alexander Bolaño Acosta

Firma:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Jorge Caballero	DOCUMENTO:	72210593	Empresa/Contratista:	RUK	CARGO:	Oficial

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)					—	—	—		—	—	—	—	—				—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Malestar general					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Tos					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Dolor de garganta					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Vómito					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Fatiga					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Fecha de inicio de los síntomas:	Ninguno																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

OBSERVACIONES:

Nombre: Jorge Caballero **Firma:** Jorge Caballero

2093

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Luis Barrio Belen	DOCUMENTO:	1063954482	Empresa/Contratista:	RVK	CARGO:	Ayudante

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general																															
Tos																															
Dificultad respiratoria																															
Dolor de garganta																															
Vómito																															
Fatiga																															
Otros síntomas, describalos.																															
Fecha de inicio de los síntomas:	Ninguno																														
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																															
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																															
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																															
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																															
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																															
Se autoriza el ingreso																															

OBSERVACIONES:

Nombre: Luis Barrios Belen **Firma:**

2194

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

A CONSTRUIR S.A.

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Kriger Gelvis Torres	DOCUMENTO:	1065643893	Empresa/Contratista:	RVK	CARGO:	Ayudante

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES (SI / NO)	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
Fiebre (>37.5°C)					—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Malestar general					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Tos					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Dolor de garganta					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Vómito					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Fatiga					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Otros síntomas, descríbalos.					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Fecha de inicio de los síntomas:	Ninguno																														
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																															
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																															
Se autoriza el ingreso					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										

OBSERVACIONES:

Nombre: Kriger Gelvis Torres   Firma: ____________

2195

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Angel Gonzalez F.	DOCUMENTO:	1065856420	Empresa/Contratista:	RVK	CARGO:	Ayudante

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general					✓	✓	✓																								
Tos					✓	✓	✓																								
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓																								
Dolor de garganta					✓	✓	✓																								
Vómito					✓	✓	✓																								
Fatiga					✓	✓	✓																								
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓																								
Fecha de inicio de los síntomas:	Ninguno																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓														
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓														
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓														

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.							✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓														
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido							✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓														

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso								✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

OBSERVACIONES:

Nombre: Angel Gonzalez **Firma:**

2196

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Adalberto Gelvis	DOCUMENTO:	77176216	Empresa/Contratista:	RVK	CARGO:	Ayudante

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
Malestar general					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
Tos					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
Dificultad respiratoria					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
Dolor de garganta					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
Vómito					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
Fatiga					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
Otros síntomas, describalos.					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
Fecha de inicio de los síntomas:																															
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																															
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																															
Se autoriza el ingreso					/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																

OBSERVACIONES:

Nombre: Adalberto Gelvis **Firma:** _____

2192

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Raul Marcelo Ocampo	DOCUMENTO:	79675098	Empresa/Contratista:	RVK	CARGO:	Oficial

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general																															
Tos																															
Dificultad respiratoria																															
Dolor de garganta																															
Vómito																															
Fatiga																															
Otros síntomas, describalos																															
Fecha de inicio de los síntomas:	Ninguno																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																															
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																															
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																															

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso																															

OBSERVACIONES:

Nombre: Raul Marcelo Ocampo **Firma:**

2198

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Carlos Mejia Nova	DOCUMENTO:	848533	Empresa/Contratista:	RVK	CARGO:	Oficial

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Tos					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Dolor de garganta					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Vómito					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Fatiga					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Fecha de inicio de los síntomas:	Ninguno																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DIAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

OBSERVACIONES:

Nombre: Carlos Mejia Nova **Firma:** _____

2199

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Jeiner Molina Guzman | DOCUMENTO: 1063968793 | Empresa/Contratista: RVK | CARGO: Ayudante

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces, por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general																															
Tos																															
Dificultad respiratoria																															
Dolor de garganta																															
Vómito																															
Fatiga																															
Otros síntomas, descríbalos.																															
Fecha de inicio de los síntomas:																															

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																															
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																															
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																															

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso																															

OBSERVACIONES:

Nombre: Jeiner Molina Guzman Firma: Jeiner M

2200

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Edgar Morales Arrieta | DOCUMENTO: 72163267 | Empresa/Contratista: RVK | CARGO: Maestro Obra

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general																															
Tos																															
Dificultad respiratoria																															
Dolor de garganta																															
Vómito																															
Fatiga																															
Otros síntomas, describalos.																															
Fecha de inicio de los síntomas:																															
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																															
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																															
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																															
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																															
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																															
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																															
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																															
Se autoriza el ingreso																															

OBSERVACIONES:

Nombre: Edgar Morales Arrieta Firma: Edgar M.

2201

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Reggie Morales Estrada	DOCUMENTO:	1007451199	Empresa/Contratista:	RVK	CARGO:	Ingeniero

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)					—	—	—																								
Malestar general					✓	✓	✓	/	✓	/	✓	✓	/	/	0	0	0	/	✓	/	/	/	✓	/	✓						
Tos					✓	✓	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	0	✓	/	/	/	/	/	/	/	/						
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	✓	/	✓	0	/	/	/	/	/						
Dolor de garganta					✓	✓	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	/	/	/						
Vómito					/	✓	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	/	/	/						
Fatiga					✓	✓	✓	/	/	/	/	/	/	/	0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓	0	/	/	/	/	/	/	/	0	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/						
Fecha de inicio de los síntomas:																															

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	/	/	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso					✓	✓	✓	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						

OBSERVACIONES:

Nombre: Reggie Morales Estrada **Firma:** _____

2202

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Veruska Morales Estrada | DOCUMENTO: 1143952788 | Empresa/Contratista: RVK | CARGO: Arquitecta

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)					—	—	—																								
Malestar general					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Tos					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Dolor de garganta					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Vómito					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Fatiga					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Fecha de inicio de los síntomas:	Ninguno																														
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																															
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																															
Se autoriza el ingreso					✓	✓	✓	✓																							

OBSERVACIONES:

Nombre: Veruska Morales Estrada **Firma:** Veruska M

2203

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: HR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Gustavo Palacios | DOCUMENTO: 1123994909 | Empresa/Contratista: RVK | CARGO: Ayudante

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)									—		—		—		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					
Malestar general									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					
Tos									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					
Dificultad respiratoria									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					
Dolor de garganta									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					
Vómito									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					
Fatiga									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					
Otros síntomas, descríbalos.									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					
Fecha de inicio de los síntomas:	Ninguno																																																																					

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Se autoriza el ingreso									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓																																					

OBSERVACIONES:

Nombre: Gustavo palacios **Firma:** Gustavo

2204

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Manuel Paternina | DOCUMENTO: 85484864 | Empresa/Contratista: RVK | CARGO: Ayudante

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37,5°C)																															
Malestar general					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Tos					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Dolor de garganta					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Vómito					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Fatiga					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Fecha de inicio de los síntomas:	Ninguno																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						

OBSERVACIONES:

Nombre: Manuel paternina

Firma: manuel paternina

2205

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Kilian Jesus Ponce	DOCUMENTO:	77.183.530	Empresa/Contratista:	RVK	CARGO:	Ayudante

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)					—	—	—	—	—	—	—	—		—	—																
Malestar general					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Tos					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Dolor de garganta					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Vómito					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Fatiga					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Fecha de inicio de los síntomas:	Ninguno																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																

OBSERVACIONES:

Nombre: Kilian Jesus ponce

Firma:

2206

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-003
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Luis Rambal Padilla | DOCUMENTO: 1065123681 | Empresa/Contratista: RVK | CARGO: Electrico

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)					—	—	—																								
Malestar general					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	/	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Tos					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Dolor de garganta					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Vómito					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Fatiga					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Otros síntomas, descríbalos.					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Fecha de inicio de los síntomas:	Ninguno																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						

OBSERVACIONES:

Nombre: Luis Rambal padilla **Firma:** Luis Rambal

2207

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos: Alvaro Rambal Padilla **DOCUMENTO:** 1065610546 **Empresa/Contratista:** RVK **CARGO:** Ayudante

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	11 SI	11 NO	12 SI	12 NO	13 SI	13 NO	14 SI	14 NO	15 SI	15 NO	16 SI	16 NO	17 SI	17 NO	18 SI	18 NO	19 SI	19 NO	20 SI	20 NO	21 SI	21 NO	22 SI	22 NO	23 SI	23 NO	24 SI	24 NO	25 SI	25 NO	26 SI	26 NO	27 SI	27 NO	28 SI	28 NO	29 SI	29 NO	30 SI	30 NO	31 SI	31 NO
Fiebre (>37,5°C)										—		—		—																																																
Malestar general										✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓										✓		✓																								
Tos										✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓										✓		✓																								
Dificultad respiratoria										✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓										✓		✓																								
Dolor de garganta										✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓										✓		✓																								
Vómito										✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓										✓		✓																								
Fatiga										✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓										✓		✓																								
Otros síntomas, descríbalos.										✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓											✓	✓																								
Fecha de inicio de los síntomas:																																																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	11 SI	11 NO	12 SI	12 NO	13 SI	13 NO	14 SI	14 NO	15 SI	15 NO	16 SI	16 NO	17 SI	17 NO	18 SI	18 NO	19 SI	19 NO	20 SI	20 NO	21 SI	21 NO	22 SI	22 NO	23 SI	23 NO	24 SI	24 NO	25 SI	25 NO	26 SI	26 NO	27 SI	27 NO	28 SI	28 NO	29 SI	29 NO	30 SI	30 NO	31 SI	31 NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas										✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓										✓		✓																								
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19										✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓										✓		✓																								
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales										✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓										✓		✓																								

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	11 SI	11 NO	12 SI	12 NO	13 SI	13 NO	14 SI	14 NO	15 SI	15 NO	16 SI	16 NO	17 SI	17 NO	18 SI	18 NO	19 SI	19 NO	20 SI	20 NO	21 SI	21 NO	22 SI	22 NO	23 SI	23 NO	24 SI	24 NO	25 SI	25 NO	26 SI	26 NO	27 SI	27 NO	28 SI	28 NO	29 SI	29 NO	30 SI	30 NO	31 SI	31 NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.										✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓										✓	✓																									
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido										✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓										✓	✓																									

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	11 SI	11 NO	12 SI	12 NO	13 SI	13 NO	14 SI	14 NO	15 SI	15 NO	16 SI	16 NO	17 SI	17 NO	18 SI	18 NO	19 SI	19 NO	20 SI	20 NO	21 SI	21 NO	22 SI	22 NO	23 SI	23 NO	24 SI	24 NO	25 SI	25 NO	26 SI	26 NO	27 SI	27 NO	28 SI	28 NO	29 SI	29 NO	30 SI	30 NO	31 SI	31 NO
Se autoriza el ingreso									✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓											✓		✓																								

OBSERVACIONES:

Nombre: Alvaro Rambal padilla **Firma:** Javier Rambal

2208

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Jageveny's Velasquez	DOCUMENTO:	1140888491	Empresa/Contratista:	RVK	CARGO:	oficial

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)	—	—																													
Malestar general					✓	✓	✓																								
Tos					✓	✓	✓																								
Dificultad respiratoria					✓	✓	✓																								
Dolor de garganta					✓	✓	✓																								
Vómito					✓	✓	✓																								
Fatiga					✓	✓	✓																								
Otros síntomas, describalos.					✓	✓	✓																								
Fecha de inicio de los síntomas:	— N.A.																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																

OBSERVACIONES:

Nombre: Jageveny's Velasquez Firma: _____

2209

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Versión: 2

Nombres y Apellidos:	Alex Velasquez	DOCUMENTO:	1048325487	Empresa/Contratista:	RVK	CARGO:	Oficial

Marque SI o NO de acuerdo al caso, le solicitamos datos veraces; por su salud y la de sus compañeros.

SINTOMAS ACTUALES	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
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre (>37.5°C)																															
Malestar general						✓																									
Tos						✓																									
Dificultad respiratoria						✓																									
Dolor de garganta						✓																									
Vómito						✓																									
Fatiga						✓																									
Otros síntomas, describalos.						✓																									
Fecha de inicio de los síntomas:	N.A.																														

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas									✓																						
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19									✓																						
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales									✓																						

RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)

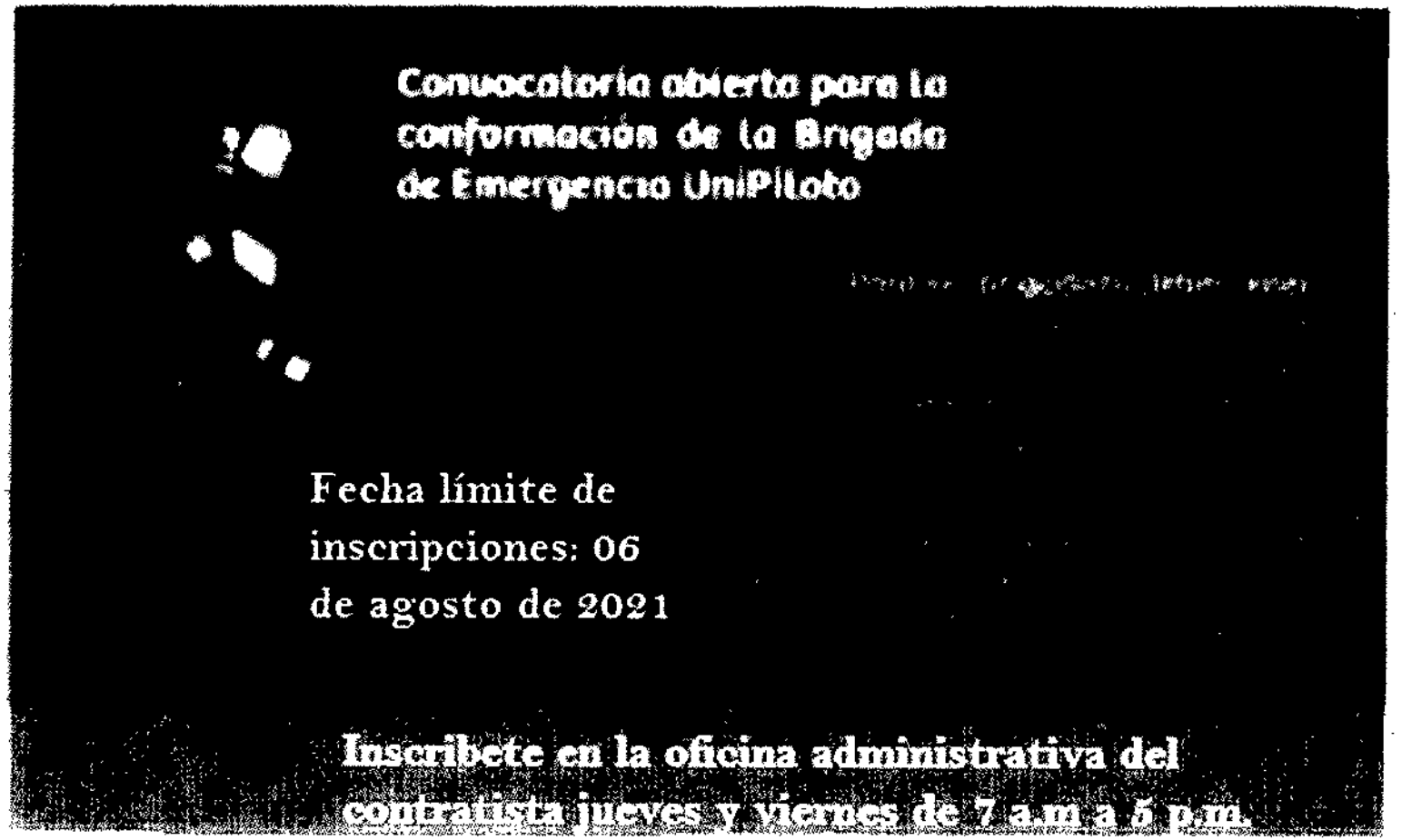
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.									✓																						
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido									✓																						

AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Se autoriza el ingreso								✓																							

OBSERVACIONES: persona Retirada

Nombre: Alex Velasquez **Firma:** _____



Postulate YA!

ANEXOS SST No 10 encuesta de estratificación de riesgo individual



2212

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Elkin Gonzalez			N° IDENTIFICACION: 77181932		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	79	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	165	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2213

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊘	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊘
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊘
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊘
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ✓
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊘
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊘
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊘
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊘

2214

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Luis Alejandro Medina			N° IDENTIFICACION: 1152747996		
EDAD:	59 años o menor	( )	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	80	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	176	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2215

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2216

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Liliana lizeth Rojas			N° IDENTIFICACION: 1044914341		
EDAD:	59 años o menor	( )	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI (X) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	72	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	168	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	( ) SI (X) NO	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	( ) SI ( ) NO
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2217

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2218

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Jhon Mario Serna				N° IDENTIFICACION: 71169065		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X)	NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( )	NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	84	IMC Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	176		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( )	NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( )	NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( )	NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( )	NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( )	NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( )	NO ( )

\NTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2220

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Arlin Jose Aristizabal			N° IDENTIFICACION: 1065848632			
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( )	NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( )	NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	80	IMC Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	175		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o Intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2222

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Juan Pablo Ospino			N° IDENTIFICACION: 1003381387		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	78	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	172	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2224

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un Interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Jonhinle Misaed Urozco			N° IDENTIFICACION: 8850789		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	78	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	170	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	( ) SI (X) NO	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	( ) SI ( ) NO
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯		NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯		NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯		NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯		NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯		NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯		NO ⊗

2226

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: John Ever Salcedo			N° IDENTIFICACION: 1055600387		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI (X) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	86	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	178	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. SI su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2227

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2228

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Javier Torres Arao			N° IDENTIFICACION: 1110587923		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	89	IMC: Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	178	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO (X)
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2229

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
. . ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
: ¿Fuma usted mas de 6 cigarrilos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2230

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Cristian perez				N° IDENTIFICACION: 1065828353			
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X)	NO ( )	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI (X)	NO ( )	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	70	IMC	Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	160			

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2231

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (rlñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
. . ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2232

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la información recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Jesus David Pinto				N° IDENTIFICACION: 1121073971		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( )	NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( )	NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Klos) datos aproximado	78	IMC Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	168		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2233

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
. . ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2234

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Carlos Cardenas			N° IDENTIFICACION: 1204367		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI (X) NO ( )	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI (X) NO ( )	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	76	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	165	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊘	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊘		
. . ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊘		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊘		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊘		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊘		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊘		
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊘		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊘		

2236

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un Interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Jorge Martinez			N° IDENTIFICACION: 1065824491		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI ( ) NO (X)	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI ( ) NO (X)	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	76	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	173	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. SI su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2237

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - *Accidente cerebro* vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2238

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Mario Ramos				N° IDENTIFICACION: 17845834			
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( )	NO (X)	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( )	NO (X)	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	80	IMC Peso en kilos / (altura en metros)		
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	173			

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2239

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
. . ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2240

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Felix Pacheco			N° IDENTIFICACION: 5134806		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	71	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	164	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetlco?	( ) SI (X) NO	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	( ) SI ( ) NO
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2241

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2242

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Luis Afrunio Amaya			N° IDENTIFICACION: 1065616361		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	78	IMC: Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	1.72	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. SI su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2243

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2244

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Jhonatan Ramirez Ramirez			N° IDENTIFICACION: 1067819906 2		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI (X) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	70	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	165	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2246

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Jesus David Peño			N° IDENTIFICACION: 1081002203		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI (X) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	76	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	170	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
. . ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema ' Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2248

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Alexander Angarita			N° IDENTIFICACION: 1003247285			
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( )	NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( )	NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	76	IMC Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	178		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2249

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
.. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
.. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2250

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Wilian Ricardo Bañquez			N° IDENTIFICACION: 1102823263		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI (X) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	72	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	168	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2251

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
.. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
.. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ◔

2252

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Hugues Alberto Hinojosa			N° IDENTIFICACION: 1065631527		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	74	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	175	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2253

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de Interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un Interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la Informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Jhonatan Ramirez Ramirez			N° IDENTIFICACION: 1067819062		
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ○ NO ⊗
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años	SI ○ NO ⊗
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	63	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	○	TALLA (mts) Datos aproximados	161	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ○ NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ○ NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	○ SI ⊗ NO	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○ NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○ NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○ NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○ NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	○ SI ○ NO
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○ NO ○

2254

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2255

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguardar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Delvis Nuestre			N° IDENTIFICACION: 18173468		
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ○ NO ○
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años	SI ○ NO ○
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	80	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	○	TALLA (mts) Datos aproximados	172	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ○ NO ○
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ○ NO ○
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	○ SI ⊗ NO	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○ NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○ NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○ NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○ NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	○ SI ○ NO
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○ NO ○

2256

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) nfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2257

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Yenisu Ariza			N° IDENTIFICACION: 43 970830			
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ⊗	NO ○
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años	SI ○	NO ○
SEXO	Masculino	○	PESO (Kios) datos aproximado	67	IMC Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	⊗	TALLA (mts) Datos aproximados	165		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ○	NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ○	NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○	NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○	NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○	NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○	NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○	NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○	NO ○

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊘	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊘		
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊘		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊘		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊘		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊘		
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊘		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊘		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊘		

2259

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Alexander Angarita			N° IDENTIFICACION:			
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ○	NO ⊗
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años	SI ○	NO ⊗
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	63	IMC Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	○	TALLA (mts) Datos aproximados	184		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ○	NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ○	NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ○ NO ⊗	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○	NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○	NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○	NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○	NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○	NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○	NO ○

2260

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ⊗
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * nfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2261

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Información recoge con fines estritamente de Interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un Interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (✓) NO ( )

NOMBRE: Jesus David Torres Pena			N° IDENTIFICACION: 1081002203		
EDAD:	59 años o menor	(⊗)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (⊗)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (⊗)
SEXO	Masculino	(⊗)	PESO (Kios) datos aproximado	68	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	173	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (⊗)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO ( )
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	( ) SI (⊗) NO	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	( ) SI ( ) NO
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (⊗)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2262

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ⊗
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) nfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ⊗
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2264

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Alex B. Velasquez Serpa			N° IDENTIFICACION:			
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ○	NO ⊗
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años	SI ○	NO ⊗
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	84	IMC Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	○	TALLA (mts) Datos aproximados	170		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ○	NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ○	NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ○ NO ⊗	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○	NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○	NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○	NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○	NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○	NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○	NO ○

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ◯	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ◯
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ◯
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ◯
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ◯
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ◯
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ◯
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ◯
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ◯

2266

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un Interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Luis Barrios Belen			N° IDENTIFICACION:		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años 1	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	60	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	1 58	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2267

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2268

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Jorge caballero Rojano			N° IDENTIFICACION:		
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ○ NO ⊗
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años 1	SI ○ NO ⊗
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	88	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	○	TALLA (mts) Datos aproximados	170	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ○ NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ○ NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○ NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○ NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○ NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○ NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○ NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○ NO ○

2269

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2270

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Luis Rambal Padilla			N° IDENTIFICACION: 1065123681		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años 3 SI (X) NO ( )	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI ( ) NO (X)	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	78	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	170	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2271

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2272

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Veruska Morales Estrada			N° IDENTIFICACION:		
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años 1 SI ⊗ NO ○	
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años SI ○ NO ⊗	
SEXO	Masculino	○	PESO (Kios) datos aproximado	55	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	⊗	TALLA (mts) Datos aproximados	165	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ○ NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ○ NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ○ NO ⊗	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○ NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○ NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○ NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○ NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○ NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○ NO ○

2273

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2274

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Reggie Morales Estrada			N° IDENTIFICACION: 1007481194		
EDAD:	59 años o menor	( )	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años 1	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado		IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2275

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2276

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Edgar Morales Arrieta			N° IDENTIFICACION: 72 163269		
AD:	59 años o menor	○	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años 1	SI ⊗ NO ○
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años	SI ○ NO ⊗
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	75	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	○	TALLA (mts) Datos aproximados	176	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ○ NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ○ NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ○ NO ⊗	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○ NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○ NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○ NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○ NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○ NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○ NO ○

2277

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Jaguevonys Velasque Serpa			N° IDENTIFICACION:		
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años 1 SI ⊗ NO ○	
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años SI ○ NO ⊗	
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	65	IMC . Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	○	TALLA (mts) Datos aproximados	168	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ○	NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ○	NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○ NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○ NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○ NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○ NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○ NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○ NO ○

2278

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ◯		
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯	NO ⊗	
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯	NO ⊗	
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯	NO ⊗	
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯	NO ⊗	
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯	NO ⊗	
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯	NO ⊗	

2279

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Jeiner Molina Gusman			N° IDENTIFICACION:			
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ⊗	NO ○
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años	SI ⊗	NO ○
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	70	IMC Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	○	TALLA (mts) Datos aproximados	180		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ○	NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ○	NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ○ NO ⊗	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○	NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○	NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○	NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○	NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○	NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○	NO ○

2280

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) nfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2281

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Fabio Lopez Posada			N° IDENTIFICACION: 19594764		
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI ○ NO ⊗	
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años SI ○ NO ⊗	
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	105	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	○	TALLA (mts) Datos aproximados	180	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ○ NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ○ NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ○ NO ⊗	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○ NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○ NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○ NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○ NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○ NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○ NO ○

2282

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) (nfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
1. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2283

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Yilrony Cantero			N° IDENTIFICACION: 1046813906		
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI ○ NO ⊗	
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años SI ○ NO ⊗	
SEXO	Masculino	○	PESO (Kios) datos aproximado		IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	⊗	TALLA (mts) Datos aproximados		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ○	NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ○	NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○ NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○ NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○ NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○ NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○ NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○ NO ○

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) nfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2285

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un Interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ◯ NO ◯

NOMBRE: Adolfo Peralta			N° IDENTIFICACION: 49 978 228			
EDAD:	59 años o menor	⊘	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ⊘	NO ◯
	60 años o mayor	◯		Mayores de 60 años	SI ◯	NO ⊘
SEXO	Masculino	◯	PESO (Kios) datos aproximado	65	IMC Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	⊘	TALLA (mts) Datos aproximados	158		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ◯	NO ⊘
2. Si su repuesta anterior és si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ◯	NO ⊘
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ◯ NO ⊘	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ◯ NO ◯
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ◯ NO ◯
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ◯ NO ◯
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ◯ NO ◯
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ◯ NO ◯
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ◯ NO ⊘	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ◯ NO ◯

2286

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2287

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de Interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Reiner Torres			N° IDENTIFICACION:		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI ( ) NO ( )	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI ( ) NO (X)	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	70	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	173	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) nfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ✓
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ✓
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ✓
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ✓
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ✓

2289

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Gabriel Betancur			N° IDENTIFICACION: 1126121551		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI (X) NO ( )	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI ( ) NO (X)	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	75	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	170	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) nfisema Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2291

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Donis Diaz de la Cruz			N° IDENTIFICACION: 72337825		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	80	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	172	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2293

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Información recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE:	Nohelly Fontalvo		N° IDENTIFICACION:	77032369	
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	77	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	168	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * vIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) nfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2295

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ◯ NO ⊘

NOMBRE: Liliana Contreras			N° IDENTIFICACION:		
EDAD:	59 años o menor	⊘	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI ◯ NO ⊘	
	60 años o mayor	◯		Mayores de 60 años SI ◯ NO ⊘	
SEXO	Masculino	◯	PESO (Kios) datos aproximado	62	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	⊘	TALLA (mts) Datos aproximados	163	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

.. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ◯ NO ⊘
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ◯ NO ⊘
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	◯ ⊘ SI NO	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ◯ NO ◯
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ◯ NO ◯
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ◯ NO ◯
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ◯ NO ◯
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	◯ ◯ SI NO
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ◯ NO ⊘	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ◯ NO ◯

2296

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ✓	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ✓
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ✓		
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ✓		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ✓		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ✓		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ✓		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ✓		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ✓		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ✓		

2297

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de Interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un Interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE:	Leiner Torres			N° IDENTIFICACION:	1063971741
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI ( ) NO (X)	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI ( ) NO (X)	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	70	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	178	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

.. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2298

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2299

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de Interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un Interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

Emalsu Anzu **AUTORIZO** SI (X) NO ( )

NOMBRE:			N° IDENTIFICACION: 43970830		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	( )	PESO (Kios) datos aproximado	68	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	(X)	TALLA (mts) Datos aproximados	167	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2300

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊘	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊘
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊘
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊘
. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊘
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊘
¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊘
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊘
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊘

2301

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Aballberto Gelvys			N° IDENTIFICACION: 77 176216		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	175	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	80	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2302

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2303

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Kriger Gelvis Torres			N° IDENTIFICACION: 1065643893		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	75	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	169	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2304

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
.. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
.. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2305

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Angel Gonzalez			N° IDENTIFICACION: 1065856420		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	165	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	1.64	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2306

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2307

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Heiner Gonzalez Diaz			N° IDENTIFICACION: 75 73742		
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ○ NO ⊗
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años	SI ○ NO ○
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	63	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	○	TALLA (mts) Datos aproximados	159	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ○ NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es sI ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ○ NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	○ SI ⊗ NO	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○ NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○ NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○ NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○ NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○ NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○ NO ○

2308

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
. . ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
.. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2309

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un Interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Juan Lamadrid			N° IDENTIFICACION: 3725205		
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ○ NO ⊗
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años	SI ○ NO ○
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	81	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	○	TALLA (mts) Datos aproximados	170	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ○ NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ○ NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ○ NO ⊗	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○ NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○ NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○ NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○ NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○ NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○ NO ○

2310

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2311

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Jairo Jose Madiego			N° IDENTIFICACION: 72218576		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	79	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	172	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2312

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
). ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2313

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un Interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Raul Marcelo			N° IDENTIFICACION: 7967 098		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	84	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	173	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. SI su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2314

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2815

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ⊗ NO ○

NOMBRE: Carlos Mejia			N° IDENTIFICACION: 8485331		
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ○ NO ⊗
	60 años o mayor	○		Mayores de 60 años	SI ○ NO ○
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	78	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	○	TALLA (mts) Datos aproximados	172	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ○	NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ○	NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ○ NO ⊗	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ○ NO ○
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ○ NO ○
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ○ NO ○
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ○ NO ○
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ○ NO ○
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ○ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ○ NO ○

2316

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2317

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Sadais Pacheco	N° IDENTIFICACION: 1047388897

EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	79	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	175	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2318

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2319

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Gustavo Palacios			N° IDENTIFICACION: 1123994909			
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X)	NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( )	NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	72	IMC Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	168		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( )	NO (X)
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( )	NO (X)
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( )	NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( )	NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( )	NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( )	NO ( )

2320

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯	NO ⊗	
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯	NO ⊗	
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯	NO ⊗	
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯	NO ⊗	
?. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯	NO ⊗	
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯	NO ⊗	

2321

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Manuel Palermino Acuña			N° IDENTIFICACION:		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI ( ) NO (X)	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI ( ) NO ( )	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	83	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	176	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2322

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO (X)	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO (X)
. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO (X)
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO (X)
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema Bronquitis cronica Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO (X)
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO (X)
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO (X)
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO (X)
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO (X)

2324

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Alvaro Javier Rambal			N° IDENTIFICACION: 1065610546		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI (X) NO ( )	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI ( ) NO ( )	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	76	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	170	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2325

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2326

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Pedro Pablo Rodriguez			N° IDENTIFICACION: 1045168893			
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( )	NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( )	NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	76	IMC Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	165		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2327

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2328

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un Interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Rafael Rosario Rios			N° IDENTIFICACION: 80769068		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Klos) datos aproximado	72	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	169	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2329

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2330

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Darwin Suarez Sanchez			N° IDENTIFICACION: 8800231		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	71	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	1.59	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2332

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Luis Alfredo Velosquez			N° IDENTIFICACION: 1050398774		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	74	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	176	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2333

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2334

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Yeison Enrique Zuñiga			N° IDENTIFICACION: 8548563		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	74	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	170	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2336

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Arbind David Novoa			N° IDENTIFICACION:		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI ( ) NO (X)	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI ( ) NO ( )	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	75	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	168	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2337

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Ever Enrique Guerra			N° IDENTIFICACION: 19706551		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI (X) NO ( )	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI ( ) NO ( )	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	72	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	170	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema Bronquitis cronica Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2339

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Carlos Alexander Peralta				N° IDENTIFICACION: 77097349			
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( )	NO (X)	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( )	NO (X)	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	78	IMC	Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	175			

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
2. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2341

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Elvis Pinzon Martinez			N° IDENTIFICACION: 1065643699		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	90	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	176	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2343

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Willion Almonzeu				N° IDENTIFICACION: 72 8724			
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( )	NO (X)	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( )	NO (X)	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	78	IMC Peso en kilos / (altura en metros)		
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	170			

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2344

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2345

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (⊗) NO ( )

NOMBRE: Asner Rocha			N° IDENTIFICACION: 1799 88 265		
EDAD:	59 años o menor	(⊗)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (⊗) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI (⊗) NO ( )
SEXO	Masculino	(⊗)	PESO (Kios) datos aproximado	76	IMC: Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	168	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (⊗)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (⊗)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (⊗)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (⊗)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2347

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Delmer Guerra			N° IDENTIFICACION:		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI (X) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	68	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	170	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2349

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Danilo Alvarez			N° IDENTIFICACION:		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI (X) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	80	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	173	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2350

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2351

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Delvis Mueche			N° IDENTIFICACION: 15173468		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI (X) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	88	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	172	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2352

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2353

A CONSTRUIR S.A.

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Lorena Bracho			N° IDENTIFICACION:		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI ( ) NO (X)	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI (X) NO ( )	
SEXO	Masculino	( )	PESO (Kios) datos aproximado	68	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	(X)	TALLA (mts) Datos aproximados	170	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2354

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2355

A CONSTRUIR S.A.

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Leiner Torres			N° IDENTIFICACION: 1063971741		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	75	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	170	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2356

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2357

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ◯ NO ◯

NOMBRE: Ado luz Perdomo			N° IDENTIFICACION: 49787728			
EDAD:	59 años o menor	☒	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ☒	NO ◯
	60 años o mayor	◯		Mayores de 60 años	SI ◯	NO ☒
SEXO	Masculino	◯	PESO (Kios) datos aproximado	68	IMC Peso en kilos / (altura en metros)	
	Femenino	☒	TALLA (mts) Datos aproximados	159		

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ◯	NO ☒
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ◯	NO ☒
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ◯ NO ☒	a. ¿Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ◯	NO ◯
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ◯	NO ◯
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ◯	NO ◯
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ◯	NO ◯
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ◯	NO ◯
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ◯ NO ☒	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ◯	NO ◯

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2359

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la *informacion aportada* en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI ◯ NO ◯

NOMBRE: Alexander Bobbio Acosta			N° IDENTIFICACION: 77185729		
EDAD:	59 años o menor	⊗	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ◯ NO ⊗
	60 años o mayor	◯		Mayores de 60 años	SI ⊗ NO ◯
SEXO	Masculino	⊗	PESO (Kios) datos aproximado	94	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	◯	TALLA (mts) Datos aproximados	182	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ◯ NO ⊗
2. Si su repuesta anterior es sI ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ◯ NO ⊗
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ◯ NO ⊗	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ◯ NO ◯
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ◯ NO ◯
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ◯ NO ◯
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ◯ NO ◯
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ◯ NO ◯
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ◯ NO ◯

2360

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2361

A CONSTRUIR S.A.

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Liliana Contreras Garcia			N° IDENTIFICACION: 1046813906		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI ( ) NO ( )
SEXO	Masculino	( )	PESO (Kios) datos aproximado	64	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	(X)	TALLA (mts) Datos aproximados	162	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( ) NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( ) NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2362

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
'. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2363

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Elkin Gonzales			N° IDENTIFICACION: 77 181 932		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI (X) NO ( )	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI ( ) NO (X)	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	79	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	166	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI (X) NO ( )	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO (X)
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO (X)
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI (X) NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO (X)
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO (X)
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2364

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
!. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2365

A CONSTRUIR S.A.

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Toda la informacion recoge con fines estritamente de Interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Felix Pacheco			N° IDENTIFICACION: 8134806		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI (X) NO ( )	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI (X) NO ( )	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	90	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	180	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( )	NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( )	NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( )	NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( )	NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( )	NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( )	NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⓧ	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⓧ
. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⓧ
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⓧ
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⓧ
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⓧ
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⓧ
. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⓧ
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⓧ

2367

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Mario Barros			N° IDENTIFICACION: 17845834		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI ( ) NO (X)
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI (X) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	83	IMC: Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	172	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( ) NO (X)
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( ) NO (X)
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( ) NO (X)
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( ) NO (X)
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( ) NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( ) NO ( )

2368

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio Cardiopatia congenita Hipertension pulmunar Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗

2369

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Jorge Nuñez			N° IDENTIFICACION: 1065 82491		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años	SI (X) NO ( )
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años	SI (X) NO ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	76	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	178	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?			SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?			SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI ( ) NO (X)	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( )	NO ( )
		b. ¿Recibe tratamiento con insulina?	SI ( )	NO ( )
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI ( )	NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( )	NO ( )
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( )	NO ( )
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( )	NO ( )

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?

5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida	SI ◯ NO ⊗		
7. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?	SI ◯ NO ⊗		
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?	SI ◯ NO ⊗		
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma	SI ◯ NO ⊗		
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?	SI ◯ NO ⊗		
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?	SI ◯ NO ⊗		
12. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?	SI ◯ NO ⊗		
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?	SI ◯ NO ⊗		

2371

A CONSTRUIR S.A.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL

Cód: FR-SGI-002
Fecha: 20-04-2020
Versión: 02

Toda la Informacion recoge con fines estritamente de interes publico antes la situacion decretada por la Autoridades Publicas, para proteger y salvaguadar un interes esencial para la vidad de las personas, en consecuencia, autorizo a la ARL SURA y a la Empresa, para el manejo de la informacion aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promocion y prevencion frente al contagio por COVID 19 acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demas autoridades competentes.

AUTORIZO SI (X) NO ( )

NOMBRE: Carlos Cardenas			N° IDENTIFICACION:		
EDAD:	59 años o menor	(X)	PERSONAS CON QUIEN CONVIVES	Menores de 5 años SI (X) NO ( )	
	60 años o mayor	( )		Mayores de 60 años SI (X) NO ( )	
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	80	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	173	

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES

¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a Continuacion?

1. ¿Se encuentra actyalmente en estado de embarazo?		SI ( )	NO (X)
2. Si su repuesta anterior es si ¿Se encuentra actualmente entre 6° y 9° mes de embarazo?		SI ( )	NO (X)
3. ¿Usted ha sido diagnoticado como diabetico?	SI (X) NO ( )	a. ¡Su diagnotico fue hace 10 años o mas?	SI ( )	NO (X)
		b. ¿Recibe tratamiento con Insulina?	SI ( )	NO (X)
		c. ¿Recibe tratamiento con medicamento oral?	SI (X)	NO ( )
		d. ¿Tiene usted mucha dificultad para cumplir la dieta recomendada?	SI ( )	NO (X)
		e. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su diabetis?	SI ( )	NO (X)
4. ¿Usted ha sido diagnoticado hipertenso?	SI ( ) NO (X)	a. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido manejado por complicaciones de su	SI ( )	NO ( )

2372

ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES ¿Usted tiene actualmente, o tiene antecedentes de alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuacion?			
5. ¿Le han diagnoticado una o varias de estas enfermedades? - Insuficiencia cardiaca -Infarto de miocardio - Cardiopatia congenita - Hipertension pulmunar - Accidente cerebro vascular (Derrame o trombosis)	SI ◯ NO ⊗	a. ¿Ha sido sometido a algun procedimiento quirurgico o intervencionista u hospitalizacion por su condicion medica?	SI ◯ NO ◯
6. diagnosticado por algunas de estas enfermedades? * Transplantes de medula osea u otro organos (riñon, pulmon, etc.) * Enfermedades autoinmunes como lopus. * VIH / Sida			SI ◯ NO ⊗
. ¿Reciba tratamiento con corticosteroides por algun tipo de enfermedad?			SI ◯ NO ⊗
8. ¿Ha recibido tratamiento para cancer en los ultimos 5 años o esta en tratamiento actualmente?			SI ◯ NO ⊗
9. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades? * Enfermedad pulmonar obstructiva cronica (EPOC) * Enfisema * Bronquitis cronica * Fibrosis pulmunar * Silicosis * Antracosis * Asma			SI ◯ NO ⊗
10. ¿Esta usted en tratamiento medico por insuficiencia renal cronica?			SI ◯ NO ⊗
11. ¿Esta usted en tratamiento por cirrosis hepatica?			SI ◯ NO ⊗
2. ¿Fuma usted mas de 6 cigarrillos diarios u otra sustancias?			SI ◯ NO ⊗
13. ¿Dejo usted de fumar 6 o mas cigarrillos diarios hace menos de un año?			SI ◯ NO ⊗