**Señores Aspirantes;**

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

**DECLARACION DE CONTACTOS Y ESTADO DE SALUD.**

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

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

Nombre del Aspirante: **IBETH CAROLINA ALVAREZ PEREZ** Documento N° **1022390327**
Perfil : **MEDICO** Fecha de la información **2/08/2022**